Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

SCHOOL OF MEDICINE
LIBRARY

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

DERMATOLOGISCHE WOCHENSCHRIFT

FRÜHER: MONATSHEFTE FÜR PRAKTISCHE DERMATOLOGIE

UNTER MITWIRKUNG VON

A. ALEXANDER-Berlin, J. ALMKVIST-Stockholm, G. ARNDT-Berlin, E. ARNING-Hamburg, L. ARZT-Wien, C. BECK-Budapest, B. BERON-Sofia, S. BETTMANN-Heidelberg, H. BOAS-Kopenhagen, M. BOCKHART-Wiesbaden, C. BRUCK-Altona, C. BRUHNS-Berlin, E. BRUUSGAARD-Oslo, A. BUSCHKE-Berlin, F. CALLOMON-Dessau, J. CAPPELLI-Turin, K. DOHI-Tokio, M. F. ENGMAN-St. Louis, J. FABRY-Dortmund, J. v. FICK-Wien, E. FINGER-Wien, W. FISCHER-Berlin, E. FREUND-Triest, R. FRÜHWALD-Chemnitz, E. GALEWSKY-Dresden, O. GANS-Heidelberg, C. GUTMANN-Wiesbaden, L. HALBERSTAEDTER-Charlottenburg, J. HELLER-Charlottenburg, K. HERXHEIMER-Frankfurt a. M., E. HOFFMANN-Bonn, H. HÜBNER-Elberfeld, W. W IWANOW-Moskau, J. JADASSOHN-Breslau, A. JORDAN-Moskau, M. JOSEPH-Berlin, W. KERL-Wien, E. KLAUSNER-Prag, V. KLINGMÜLLER-Kiel, W. KOLLE-Frankfurt a. M., A. KOLLMANN-Leipzig, E KROMAYER-Berlin, F. v. KRZYSZTALOWICZ-Warschau, R. LEDERMANN-Berlin, L. LEVEN-Elberfeld, H. P. LIE-Bergen, E. MEIROWSKY-Cöln, S. MENDES DA COSTA-Amsterdam, G. J. MESTSCHERSKY-Moskau, L. MOBERG-Stockholm, P. MULZER-Hamburg, O. NAST-Danzig, E. NATHAN-Nürnberg, L. NIELSEN-Kopenhagen, P. W. NIKOLSKI-Rostow a. D., G. NOBL-Wien, J. ODSTRČIL-Olmütz, F. W. OELZE-Leipzig, M. OPPENHEIM-Wien, T. P. PAWLOW-St. Petersburg, M. PELAGATTI-Parma, A. PERUTZ-Wien, F. PINKUS-Berlin, H. C. PLAUT-Hamburg, S. POLLITZER-New York, C. POSNER-Berlin, G. DE PROBIZER-Rovereto, C. RASCH-Kopenhagen, E. RIECKE-Göttingen, H. RITTER-Hamburg, P. RUSCH-Wien, E. SAALFELD-Berlin, F. SAMBERGER-Prag, J. F. SCHAMBERG-Philadelphia, W. SCHOLTZ-Königsberg i. Pr., W. SCHÖNFELD-Greifswald, J. SCHUMACHER-Berlin, E. SEDERHOLM-Stockholm, O. SEIFERT-Würzburg, L. TÖRÖK-Budapest, A. TRtB-Brünn, P. UHLENHUTH-Freiburg i. B., K. ULLMANN-Wien, F. v. VERESS-Budapest, H. VÖRNER Leipzig, W. WECHSELMANN-Berlin, J. WERTHER-Dresden, CH. J. WHITE-Boston, P. WICHMANN-Hamburg, U. J. WILE-Ann Arbor, F. WINKLER-Wien, K. ZIELER-Würzburg

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA
HAMBURG

J. H. RILLE
LEIPZIG

E. DELBANCO
HAMBURG

FÜNFUNDACHTZIGSTER BAND

1927

JULI BIS DEZEMBER (Nr. 27—52)

MIT 68 SCHWARZEN ABBILDUNGEN IM TEXT

LEIPZIG / VERLAG VON LEOPOLD VOSS / 1927

Digitized by Google

Druck von Grimme & Trömel in Leipzig

Digitized by Google

Inhaltsverzeichnis

Originalarbeiten

Seite

Zur Kenntnis der neurogen entstehenden blasigen Hauteruptionen. Von C. Zweifel 933
Amenorrhoe als Folgezustand einer luetisch bedingten innersekretorischen Störung. Von R. Lewith 943
Über die Notwendigkeit, die Bewertung der Wassermannschen Reaktion für Therapie und Prophylaxe einzuschränken. Von H. Mühlpfordt 946
Über Novokainekzeme. Von A. Jordan 977
Neuere Einwände gegen die Keimplasmatheorie der Naevi. Von Meirowsky und Leven 979
Über einen Fall von erworbenen Endgefäßerweiterungen im Innervationsgebiet des inneren Bündels des linken Schultergeflechts. Von J. S. Rabinowitsch und P. S. Unikel 984
Neue Erfahrungen mit Physiol. (Mit besonderer Berücksichtigung der typischen Physiolspezialitäten). Von L. Zakarias 986
Über Urotropin in der Dermatologie. Von H. Behdjet 988
Eine neue Methode für die Färbung von Gonokokken und Ducrey-Unna-Streptobazillen. Von A. Kartamischew 995
Die Behandlung der Zystitis mit Argolaval. Von H. Schlüter 997
Über Erfahrungen mit der Epilation durch Thallium aceticum nach Buschke. Von C. Stern und P. Grevel 1021
Schädigungen des Auges durch Licht. Von O. Thies 1024
Die Trichophytie der Augenbrauen und der Wimpern und die seltenen Formen der Trichophytie. Von H. Behdjet 1028
Zur Kenntnis der Serologie der Gonorrhoe. Von E. Kadisch 1029
Persönliche Prophylaxe venerischer Krankheiten nach zweijährigen Erfahrungen in der Prophylaxestation in Odessa. Von L. Faingold und N. Kalsada . . 1032
Ein Fall von tiefer primärer Blastomykosis der Haut (Busse-Buschke). Von S. Grschebin 1049
Über Thallium-aceticum-Epilation bzw. ihre Kombination mit Röntgenstrahlen. Von Stümpke 1055
Eine einfache Elektrode zur Diathermiebehandlung der weiblichen Zervix. Von C. A. Hoffmann 1058
Intradermalreaktion bei Gonorrhoe. Von Z. A. Ossipowa 1059
Verringerung bzw. Mangel an freier Salzsäure bei Sklerodermie. Von A. Buschke 1077
Nissotax ein neues Ungeziefer-Vernichtungsmittel. Von Phil. Kuhn und F. v. Grundherr 1081
Sekundäre Anämie nach einer Thallium-aceticum-Epilation. Von S. v. Szentkirályi 1083
Ein Fall von Epididymitis idiopathischen Ursprungs. Von L. J. Litwak 1085
Die Quellstäbchenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, ein technischer Fortschritt. Von H. Lippert 1088
Bemerkungen zu der Arbeit „Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion". Von A. Lommen 1090

79989

Digitized by Google

Seite
Über klinische Erfahrungen mit „Chronex" in der Ekzembehandlung. Von O. Nowak 1105
Eine neue Epilationsnadelgarnitur. Von K. Mezei 1107
Die Rechte und Pflichten des Arztes auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Von Hanauer 1108
Bemerkung zu dem Artikel: „Serodiagnostik der Gonorrhoe und Tuberkulose mittels Aktivmethode (HR)" von Priv.-Doz. Dr. Hugo Hecht. Von Oppenheim 1117
Zur Frage der Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi). Von H. Geisler . 1133
Über allergische Hautreaktionen bei der Gonorrhoe und ihre Beeinflussung durch Serum. Von E. Rajka 1138
Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans. Ausscheidung, Einfluß auf die Spirochäten. Klinische Gesichtspunkte. Von G. Hopf 1146
Zur Frage der Erythrocyanosis crurum puellaris. Von A. v. Karwowski 1161
Zur Frage der Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit der Haut durch lokale Insulinapplikation. Von D. Adlersberg und A. Perutz 1167
Fliegenmaden als Wundenschmarotzer in Süd-Serbien (Mazedonien). Von L. Kislitschenko und N. Baranoff 1169
Allgemeinexanthem oder generalisierte Epidermophytie mit dem Epidermophyton Kaufmann-Wolff als Erreger. Von C. L. Karrenberg 1189
Über Novokaindermatitiden bei der Anwendung als Augenwasser. Von Galewsky 1195
Über Farbstoffbehandlung der Gonorrhoe. Von E. Kiene und M. Obermayer 1197
Wesen und Möglichkeiten der Dermoelastometrie. Von F. Schmidt-Labaume 1217
Ein weiterer Beitrag zum Kapitel der lokalen Amyloidosis der Haut. Von C. Gutmann 1223, 1283
Erblichkeit der Tastfiguren und Erbverschiedenheit der Eineier. Von Leven . . 1229
Über Keloidbildung und maligne Syphilis. Von E. Vollmer 1233
Die lokale Ektebineinreibung des Lupus vulgaris in ihrer Bedeutung für die Behandlung. Von H. Müller 1236
Über intratumorale Behandlung des Boeckschen Sarkoids mit Thorium X Degea. Von E. Meirowsky 1239
Über die Wirkung der Buckyschen Weichstrahlen auf die Kapsel der Kaninchenniere. Von C. Stern 1242
Untersuchungen zur Theorie der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor. Von E. Bender 1249
Ein Verfahren zur Gewinnung von Gonokokken-Dauerkulturen. Von W. Krantz 1252
Ein neuer Druckdauerspülapparat zur Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis. Von H. Stolzenberg 1255
Über Beziehungen von Vulvitis aphthosa zur Erythema nodosum. Von E. Schnabl 1281
Spirozidbehandlung bei Frühlues. Von C. Bruck 1287
Rezidiv nach jahrelanger Latenz bei Abortivbehandlung der Syphilis. Von H. Hecht 1291
Uvalysat in der Urologie. Von E. Schubert 1294
Ein Fall von Keratoma dissipatum naeviforme (Brauer). Von L. N. Maschkilleisson und M. J. Per 1309
Zwei Fälle von klimatischen Bubonen (Lymphogranulomatosis inguinalis). Von H. Th. Schreus 1315
Zur Biologie der Sexualhormone. Von W. Blotevogel 1319
Über Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen. Von W. Engelhardt 1337
Sarcomatosis cutis gigantocellularis bei einem 10 Monate alten Kinde. Von B. Steinberg und S. A. Glaubersohn 1349
Ein Fall von Acne urticata polycythaemica. Von J. Mestschanski 1350
Einige Betrachtungen über Syphilis und Malaria. Von H. Behdjet und N. Chakir 1351
Zur Lehre von Lichen ruber erythematodes. Von G. I. Umansky 1381
Cignolin bei entzündlichen Dermatosen. Von W. Lüth 1387
Die kombinierte Thalliumröntgenepilation. Von A. Buschke und E Langer . . 1390
Zur Bemerkung auf die Arbeit von A. Buschke und E. Langer über „Die kombinierte Thalliumröntgenepilation". Von Stümpke 1393
Bemerkungen zu der neuen Polemik Meirowskys und Levens. Von H. W. Siemens 1394
Schlußwort zu obiger Bemerkung. Von E. Meirowsky und L. Leven 1395
Über einen Fall von rezidivierendem großknotigem Erythema exsudativum multiforme mit atypischer Lokalisation. Von J. Samek 1409
Neuere Anschauungen über Haut- und Tiefensensibilität. Von W. Schmitt . . 1412

Digitized by Google

Seite

Beiträge zur Ätiologie und Behandlung des seborrhoischen Kopfhaarausfalls. Von J. Sellei 1417
Zur Frage des neurotropen syphilitischen Virus. Von E. M. Lewin 1419
Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata. Von S. A. Glaubersohn 1437
Weitere Erfahrungen über die Wirkung intramuskulärer Ichthyolinjektionen bei gonorrhoischen Komplikationen und bei anderen Erkrankungen der Harnwege. Von A. Straszyński und G. Nowicki 1441
Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927? Von W. Hanauer 1447
Über ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme. Von A. Perutz 1481
Die Fuchsin-Sublimat-Reaktion nach Takata-Ara. Von F. Marquardt 1483
Ein Fall von primärer akuter toxischer Erythrodermie mit histologischer Untersuchung. Von H. Behdjet 1486
Zur kombinierten Malariabehandlung der Frühlues. Von H. Ritter 1488
Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung des akuten und chronischen Ekzems. Von Lucke 1493
Über eine geschwulstähnliche Bildung der Elastika. Von G. Schallinger . . . 1509
Über die Recklinghausensche Krankheit. Von A. Dombrowsky 1513
Zur Frage der Behandlung von parasitären Erkrankungen der behaarten Teile des Kopfes mit Thallium aceticum. Von A. Lourier und E. Zwitkis 1518
Zur kombinierten Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis. Von J. Konrad 1526
Über Erythema annulare centrifugum unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie auf Grund von Untersuchung der interferrometrischen Abbauwerte nach Abderhalden, des Gasstoffwechsels usw. Von W. Richter 1549, 1583
Ätherspray zur Förderung des Haarwuchses. Von J. Saudek 1560
Zu Gasparis Vortrag: Neuere Krebsforschungen. Von A. Philippson 1562
Über eine systematisierte bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen. Von H. W. Siemens 1577
Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Pemphigus. Von Th. Preininger . . . 1580
Über das Verhalten des Blutzuckers bei Lues. Von S. Neumark und L. Tschatschkowska 1587, 1617, 1646
Kapillarmikroskopische Untersuchungen in der Dermatologie. Von S. Bettmann 1605
Über Erfahrungen mit Fissan-Fabrikaten in der Dermatologie. Von F. Hirsch 1613
Über Spätformen des Lichen ruber. Von J. Breiel 1633
Die Einspritzungen des Magisterium Bismuti als prophylaktische Konzeption. Von E. Sonnenberg 1638
Über die Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen (sogenannter Scholtzscher Schläge). Von F. W. Oelze 1673
Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei einigen entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen. Von Th. Preininger 1679
Mit Inkretextrakten angestellte Ninhydrinreaktion (Lüttge-Mertz) bei einigen Dermatosen. Von G. Dóczy 1685
Über einige bei dem Zustandekommen von Erythem- und Pigmentbildung mitwirkende Gesetzmäßigkeiten. Von R. Stahl und G. Simsch 1701
Ausgebreitete Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit Amenorrhoe. Von A. F. Slatmann 1703
Ein neuer Kolben zur Züchtung und Aufbewahrung von Pilzkulturen. Von C. L. Karrenberg 1706
Über die Behandlung der Psoriasis vulgaris und des Lichen ruber planus mit innersekretorischen Präparaten. Von G. Dóczy 1708
Zur Klinik und Histologie des Granuloma annulare. Von A. B. Selisky 1710
Zur Kasuistik der Lentiginosis profusa. Von O. Kiess 1729
Lupussarkom. Von A. Schoch 1736
Symmetrische gummöse Erkrankung der Parotis- und Submaxillardrüsen. Orchitis luetica sinistra. Von H. Mierzecki 1740
Beiträge zur Kenntnis der Bukkoblätter (Fol. Bucco). Von E. Deussen 1745
Paradoxe Wirkung spezifischer Syphilisbehandlung, ihre Beobachtung an der Haut und Bedeutung für die Einteilung und Prognostik der sogenannten Neurorezidive. Von R. Habermann 1773

Digitized by Google

Seite

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft 1258, 1295, 1563
Berliner Urologische Gesellschaft 1714
Demonstrationsabende der Chemnitzer Hautärzte 1651
Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona 955, 1062, 1459
Deutsche Dermatologische Gesellschaft, XV. Kongreß 1495, 1686
Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung 1173
Odessaer Dermatologische und Venereologische Gesellschaft 1203
Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft 1035
Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen 997
Toskanisch-Umbrische Sektion der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia 1091
Wiener Dermatologische Gesellschaft 1118, 1149, 1323, 1359, 1529

Fachzeitschriften

Acta Dermatologica (Japan) 1123, 1428
Acta Dermato-Venereologica 1092, 1463
Actas Dermo-Sifiliograficas 1396
American Medical Association 1263
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 1125, 1366, 1473, 1657
Annales des Maladies Vénériennes 963, 1156, 1427, 1537, 1541, 1715, 1750
Archiv für Dermatologie und Syphilis 1367, 1594
Archives of Dermatology and Syphilology 1179, 1364, 1399, 1474, 1752
Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia 1094
Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie 1003, 1208, 1298, 1533
Česká Dermatologie 963, 1365
Dermatologische Zeitschrift 1093, 1266, 1397, 1468, 1655
Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia 1373, 1470, 1505
Il Dermosifilografo 1153
Japanese Journal of Dermatology and Urology 959, 1471
Journal d'Urologie 962, 1125, 1426, 1751
Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology 961, 1263, 1332, 1656
Przeglad dermatologiczny 1181
Réunion Dermatologique de Strasbourg 1329
Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie 958, 1206, 1464, 1474
Russkij Wjestnik Dermatologii 1002, 1265, 1465, 1758
The American Journal of Syphilis 1539
The British Journal of Dermatology and Syphilis 1007, 1262, 1332, 1401, 1654, 1714
The Urologic and Cutaneous Review 1007, 1267, 1464
Venerologia und Dermatologia (Moskau) 1121, 1466, 1538, 1754
Zeitschrift für Urologie 964, 1423, 1541, 1713

Personalien: 976, 1020, 1076, 1104, 1132, 1216, 1280, 1436, 1480, 1516, 1548, 1672, 1700, 1772, 1788.

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 27 (Bd. 85) 2. Juli 1927

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Basel (Vorsteher: Prof. Dr. W. Lutz)

Zur Kenntnis der neurogen entstehenden blasigen Hauteruptionen

Von

Dr. Carl Zweifel, Assistent

Mit 3 Abbildungen im Text

Die Bedeutung des Nervensystems für die Entstehung von Hautkrankheiten ist bei manchen Dermatosen, wie Zoster, Glossy skin, Mal perforant, Raynaudscher Gangrän anerkannt. Bei anderen wird eine Mitwirkung des nervösen Apparates in der Genese mit mehr oder weniger Bestimmtheit vermutet, doch ist man von einem klaren Einblick noch recht weit entfernt. Namentlich ist die Frage der neurogenen, psychogenen oder trophischen Genese noch Gegenstand der Diskussion. Zu dieser Gruppe von Hautkrankheiten gehören u. a. die mit Blasenbildung einhergehenden Dermatosen.

Bekannt sind die Blasenbildungen bei progressiver Paralyse, bei der sie nach Kreibich in 1,5% der Fälle vorkommen sollen. Blasenbildungen auf der gelähmten Seite bei Hemiplegischen sind mitgeteilt von Chatain, Brissaud, Ingelrans und Chvostek. Letzterer beschreibt auch einen zur Autopsie gekommenen Fall von Myelitis, in dem nach einer Paraplegie Blasen am Fuße aufgetreten sind. In letzter Zeit hat Adler über Blasenbildung bei einer Encephalitis epidemica berichtet, ebenso Schlesinger. ferner hat Fischer einen Fall veröffentlicht, bei dem nach Exstirpation eines rechtsseitigen Akustikustumors Blasen am linken Fuß auftraten. Ähnlich berichtet Aoki über Blasenbildung auf der Haut in je einem Fall von Encephalitis lethargica, Urogenitaltuberkulose, Spondylitis tuberculosa und Heine-Medinscher Krankheit. Auch bei peripheren, traumatischen und neuritischen Nervenaffektionen kommen Blaseneruptionen vor. Als Beispiel sei auf den Fall von A. v. Tschermak und die Mitteilung von Oudard und G. Jean hingewiesen, ferner seien die Ausführungen von R. Polland erwähnt.

Im ganzen sind Mitteilungen mit klarem Einklick in dem Zusammenhang zwischen Nervenstörung und Hauterscheinung nicht so häufig, als daß sich nicht die Veröffentlichung des folgenden, in der hiesigen Klinik genau beobachteten Falles rechtfertigen würde.

Die Krankengeschichte der 1871 geborenen, am 30. VI. 1925 auf unsere Abteilung eingewiesenen Frau ist folgende:

Familienanamnese: Vater gestorben an Hirnschlag, sei nervenkrank gewesen. Mutter an Unterleibskrebs gestorben. Sechs Geschwister gesund. Der erste Gatte sei an innerlichen und äußerlichen Geschwüren gestorben, der zweite Gatte ist Potator und lebt jetzt von der Pat. getrennt. Aus erster Ehe stammen 5 gesunde Kinder, ein Abort im 5. Monat.

Frühere Krankheiten: Als Kind Masern. Mit 29 Jahren Hirnentzündung mit eintägigem, sehr hohem Fieber und nachfolgender, mehrwöchiger Schwäche. Seither oft

Digitized by Google

Kopfschmerzen. 1908 Entfernung eines Eierstocks im Frauenspital. 1920 Gallensteinanfälle und Magenkrämpfe. Im letzten Jahre längere Zeit Schlaflosigkeit und leichte Aufregbarkeit, hauptsächlich wegen der Trunksucht des Mannes.

Jetzige Krankheit: Vor etwa 4 Wochen traten an 2 Fingern der linken Hand Bläschen auf, die von selbst wieder zurückgingen. Vor 8 Tagen zeigten sich neue Bläschen, diesmal über der ganzen rechten Hand und an beiden Vorderarmen. Am Anfang sehr starkes Jucken und ziehende Schmerzen längs der Vorderarme. Es bestand Fieber, oft über 38°, Kopfschmerzen, leichte Müdigkeit. Appetit mäßig, Durst stark, Stuhlgang angehalten, Urin o. B. Periode seit 10 Jahren ausgeblieben.

Befund: Die Haut zeigte folgende Veränderungen: An der Streck- und Beugeseite beider Vorderarme finden sich einzelne kleine Bläschen mit gelblich klarem serösem Inhalt. Auch auf der Rückseite der rechten Hand stehen einzelne solcher Bläschen, ferner sieht man an der Innenseite der Finger stellenweise leichte Rötung mit kleinen papulösen Effloreszenzen und leichte Schwellung der ganzen Hand. Die linke Hand ist im ganzen deutlich angeschwollen, die Bewegungen, speziell in den Fingergelenken, sind deshalb stark gehemmt. Die Farbe der Haut ist normal, jedenfalls nicht stärker gerötet. Auf dem Handrücken, der Handinnenfläche und den Beugeseiten der Finger sieht man eine Menge kleinerer und größerer bis 3—4 mm messender Bläschen. An der Handinnenfläche sind sie ziemlich gleichmäßig verteilt, nur hier und da etwas agglomeriert, mit klarem Inhalt. Dagegen fällt auf dem Handrücken die eigenartige gruppenweise Anordnung der Bläschen auf, die hier in einem größeren und kleineren Herd dicht nebeneinander angeordnet sind. Das Aussehen hier macht einen durchaus herpesähnlichen Eindruck. Die Bläschen sind jedoch prall und ohne Delle, auch dort wo der Inhalt bereits etwas eitrig getrübt ist. An der linken Hand wird ziemlich starkes Schmerzgefühl angegeben, das nach dem Vorderarm bis zum Ellbogen ausstrahlen soll. Der Inhalt der Bläschen erwies sich als steril. Die gutgenährte mittelgroße Pat. zeigte sonst von seiten der inneren Organe keinerlei Besonderheiten. Blutbefund: Hämoglobin 76 nach Sahli. Rote Blutkörperchen: 4,4 Mill.; weiße Blutkörperchen 6800, darunter Neutrophile 41%. Lymphozyten 45%, Eosinophile 12%, Übergangsformen 1%, Mastzellen 1%.

Die Diagnose war zunächst nicht sicher zu stellen. Das Aussehen der Handinnenflächen, besonders links, mit der deutlichen allgemeinen, etwas pastösen Schwellung, mit einer Anzahl klaren, kleineren und größeren, zum Teil etwas agglomerierten Bläschen erweckte durchaus den Eindruck eines dysidrotischen Ekzems. Zum Ekzem paßten jedoch nicht recht die gruppierten Blasen auf dem Handrücken, die großblasig, dicht nebeneinander gestellt, aus fast gesunder oder vielleicht spurweise geröteter Haut aufgeschossen waren, und viel zu groß für Ekzembläschen waren. Bei Beteiligung des Handrückens sind beim dysidrotischen Ekzem die Effloreszenzen dort, auch bei großen Blasen an der Handinnenfläche, doch meist kleinpapulös. Dazu klagte Patientin jetzt weniger über Jucken als über Schmerzen und Hitzegefühl.

Nur aus der Gruppierung der Bläschen am Handrücken auf einen beiderseitigen Herpes von etwas abnormem Aussehen zu schließen, ging aus dem Gesamtbild auch nicht an. Wir ließen deshalb zunächst mit der Bezeichnung herpetiformes Exanthem die definitive Diagnose offen und begannen die Behandlung mit feuchten Umschlägen.

Verlauf: Unter den feuchten Verbänden gingen die Erscheinungen zunächst deutlich zurück. Die Bläschendecke löste sich ab, ihr Grund trocknete mit etwas stärkerer Schuppung ein, die Schwellung der Hände ging zurück, doch klagte die Pat. immer über Spannungsgefühl und ausstrahlende Schmerzen gegen den Ellenbogen zu, besonders links.

10. VII. Die Affektion der rechten Hand ist beinahe verschwunden, linke Hand noch immer geschwollen. Pat. jammert dauernd über Schmerzen.

22. VII. Linke Hand wieder stärker geschwollen, ohne Rötung mit einigen neuen gruppierten Bläschen an den Seitenteilen der Finger. Auch diese Bläschen platzten unter weiteren feuchten Verbänden. Es wurde dann zu Pikrinsäure- und Tumenol-

Digitized by Google

schüttelpinselung übergegangen, um die Haut zu trocknen und abzuhärten. Die Haut blieb vorerst gut, die rechte Hand erschien normal, die linke war immer etwas leicht geschwollen und nach Angabe der Pat. immer noch schmerzhaft.

Pat. trat am 1. VIII. aus der Abteilung aus in poliklinische Behandlung. An der Haut zeigten sich keine Erscheinungen mehr, dagegen klagte die Pat. fortwährend über recht intensive Schmerzen und starkes Hitzegefühl im linken Arm. Wir wiesen sie deshalb am 10. VIII. in die medizinische Klinik ein[1]). Lokal wurde dort am 10. VIII. festgestellt: Linke Hand bis über das Handgelenk hinauf diffus geschwollen, weich, ödematös, Dellen leicht eindrückbar. Haut am Handrücken violett verfärbt, an den Fingern eher rosa, auffallend glänzend und glatt, so daß gewisse Ähnlichkeit mit sklerodermatischer Haut besteht. Keine Bläschen. Aktive und passive Bewegungen in allen Gelenken der Hand eingeschränkt und schmerzhaft, Ellenbogen und Schultern frei. Allgemeinstatus: Reflexe, Oberflächensensibilität o. B.

18. VIII. Auf dem linken Handrücken stecknadelkopfgroße disseminierte Knötchen und einige wasserklare Bläschen. Unter feuchten Verbänden Besserung.

25. VIII. Zahlreiche neue, wasserklare Bläschen auf dem linken Handrücken. Daneben einzelne Pusteln mit gerötetem, etwas infiltriertem Hof.

Eine Röntgenaufnahme der Hände zeigte starke Dekalzination aller Knochen der linken Hand besonders an den Epiphysen (Abb. 1).

Abb. 1

Durch den Tierversuch ließ sich im Inhalt der großen und kleinen Blasen im hygienischen Institut (Prof. DOERR) kein für Kaninchen oder Meerschweinchen pathogenes Virus, insbesondere kein Herpesvirus, nachweisen. WR und SGR im Blut negativ. Pat., die auch psychisch leicht irritabel und etwas unverträglich ist, wünscht auszutreten.

Vom 27. VIII. bis 10. IX. kam die Pat. weiter zur Behandlung in die dermatologische Poliklinik. Die Blasen auf dem Handrücken sind zum größten Teil geplatzt, die Epidermis weitgehend abgelöst, so daß große erodierte Flächen vorliegen. Pat. klagt über starke brennende Schmerzen in der Hand und im Arm links. Sie klagt auch über heftige Kopfschmerzen, die auf die linke Wange und bis zur Brust hinunter ausstrahlen sollen. Die rechte Hand blieb frei von Erscheinungen. Konsultation im Nervenambulatorium (Prof. BING): manifeste neurologische Symptome nicht festzustellen. Eine Röntgenaufnahme der Wirbelsäule zeigt anscheinend eine Verschmälerung der Zwischenwirbelscheiben, so daß die Schmerzen vielleicht auf eine radikuläre Reizung auf Grund einer eventuellen Spondylose rhizomélique zurückgeführt werden könnten.

In der Nacht vom 10. auf 11. IX. waren die Schmerzen der Pat. derart stark, daß sie nachts einen Arzt rief, der sie am 11. IX. wieder auf die medizinische Klinik einwies.

Etwas Neues ergibt sich hier weiter nicht. Blutbefund vom 23. IX.: Hämoglobin 80/95. Rote Blutkörperchen 4,9 Mill., weiße Blutkörperchen 6500, darunter Neutrophile 58,6%, Lymphozyten 28,6%, Mononukleäre 3,6%, Übergangszellen 1,3%; Eosinophile 7,3% und Mastzellen 0,3%.

Die linke Hand ist immer noch stark geschwollen mit ziemlich reichlich Erosionen. Hier und da einzelne neue Bläschen. Beweglichkeit der Finger stark verringert. Der ganze Arm erscheint gegenüber dem rechten wesentlich graziler, die Muskeln atrophischer. Pat. klagt über Schmerzen im linken Ellenbogen. Wegen der Hautveränderungen am 29. IX. Verlegung auf die Hautklinik.

---

[1]) Für die Überlassung der Krankengeschichte der medizinischen Klinik bin ich Prof. STAEHELIN zu bestem Dank verpflichtet.

Digitized by Google

Rechte Extremität zeigt keinerlei Veränderung, die linke Hand dagegen weist ausgedehnte Mazeration, Erosionen und Sekundärinfektion der Haut auf. Unter Chloramin und mechanischer Abtragung der Epidermisfetzen erfolgt recht gute Reinigung und Erholung, so daß am 10. X. die Haut zwar noch etwas gerötet und verdünnt erscheint, aber nicht mehr näßt und keine neuen Bläschen zeigt. Es fällt auf, daß die Pat. den linken Vorderarm im Ellenbogengelenk schlechter rotieren und beugen, sowie den ganzen Arm nicht mehr recht heben kann.

15. X. Immer noch auffallende Steifigkeit der Finger. Die Haut über Hand und Fingern schuppend, trocken, erscheint unter den Schuppen etwas verdünnt, leicht gerötet, aber intakt. Pat. klagt ab und zu über Kopfschmerzen.

19. X. Haut der linken Hand wieder beinahe normal, linker Arm in der Bewegung immer noch gleich gehemmt. Stets starke Kopfschmerzen. Sensibilitätsprüfung von linker Hand und linkem Arm: Schmerzen, Wärme, Kälte überall richtig angegeben.

21. X. Pat. klagt wieder mehr über die von der linken Halsseite gegen Stirn, Wange und abwärts gegen die Schulter und Brust ausstrahlenden Schmerzen. Bewegungen im linken Ellenbogen und im linken Schultergelenk immer noch gleich gehemmt. Der Vorderarm kann kaum mehr rotiert, der Arm im ganzen nur noch wenig vor- und rückwärts bewegt, kaum mehr seitlich gehoben werden. Pat. trägt die Hand ständig in der Schlinge. Haut der linken Hand fast normal. Austritt am 22. X. Weiterhin poliklinische Behandlung.

Zu einer sicheren Diagnosestellung waren wir in bezug auf die Hautaffektion immer noch nicht gelangt. Wir konnten aber kaum mehr anders, als sie mit den Störungen der Motilität und Sensibilität in Zusammenhang zu bringen und sie somit als eine Blaseneruption auf neurogen-trophischer Grundlage anzusehen, die in ihrem Aussehen am ehesten an eine Acrodermatite continue (Hallopeau), Phlycténose récidivante des extrémités (Audry) erinnerte.

Über die eigentliche Ursache war damit natürlich nichts ausgesagt, doch sollten wir darüber bald Aufschluß erhalten.

Nachdem nämlich Salizylpräparate ebensowenig wie Melubrin oder lokale Behandlung mit Wärme und Einreibungen antirheumatischer Mittel irgend welchen Einfluß auf die Schmerzen gehabt hatten, versuchten wir, ausgehend von dem Gedanken, daß bei unklaren trophischen Störungen und Schmerzen doch auch an eine Lues zu denken sei, eine Jodkalitherapie. Pat. bekam von Ende Oktober ab 1,5 g Jodkali täglich.

Am 13. XI. fällt auf, daß die Hand entschieden beweglicher ist. Pat. gibt an, die linke Schulter und die Gegend des linken Schulterblattes seien immer kalt. Objektiv fühlt sich die Haut in diesen Bezirken tatsächlich erheblich kälter an, als die übrige Haut.

24. XI. Die Schmerzen werden eher als geringer angegeben, die Beweglichkeit des Armes ist im Ellenbogen etwas besser, immerhin kann die Hand z. B. nicht bis zum Kopf hinauf gebracht werden, so daß Pat. sich nicht selbst frisieren kann. Blasen sind bis jetzt keine neuen aufgetreten, die Hand erscheint weniger geschwollen, die Haut weniger gespannt und nicht mehr verdünnt. Wegen der Unbehilflichkeit, wegen der zeitweise immer wieder auftretenden Schmerzen der linken Kopfseite, tritt Pat. am 1. XII. 1925 wieder in die interne Klinik ein. Haut der Hände normal, Beweglichkeit noch eingeschränkt, eher weniger als früher. Sensibilität für Berührung und Nadelstiche normal.

11. XII. Auf den dorsalen und seitlichen Partien aller Finger der rechten Hand ist plötzlich ein neuer Schub von etwa 2—5 mm großen, zum Teil einzeln stehenden, zum Teil gruppierten und an einigen Stellen auch konfluierten, mit klarem Inhalt angefüllten Bläschen aufgetreten. Sie ragen aus vollkommen normaler Haut empor, die Umgebung ist in keiner Weise gerötet. Die Finger sind im ganzen etwas teigig geschwollen und gespannt. Die Affektion ähnelt einem dysidrotischen Ekzem, nur sind dafür die Bläschen zum Teil merkwürdig oberflächlich gelegen (Abb. 2).

Im rechten Auge, median, konjunktivale Injektion des Bulbus bis zum Limbus. Kleines etwa linsengroßes, klares Bläschen am lateralen Ende des rechten oberen Augenlides, Haut um das rechte Auge gerötet. Pat. wurde uns zur therapeutischen Beratung zugewiesen. Sie hat seit 14 Tagen kein Jodkali mehr genommen. Da wir unter der Jodkalitherapie zweifellos Besserung der Motilität gesehen hatten, rieten wir zu einem

Digitized by Google

noch energischeren Versuch einer spezifischen Therapie. Pat. erhält von da ab alle 3—4 Tage 2 ccm Oleo-Bi; lokal nur Tumenolschüttelpinselung und Puder.

12. XII. Weitere Bläschen an den Fingern der rechten Hand, rechtes Auge etwas mehr geschwollen. Am rechten Ohrläppchen mehrere, über stecknadelkopfgroße, klare Bläschen.

16. XII. Die ödematöse Schwellung der linken Hand ist wesentlich zurückgegangen, die Haut läßt sich in Falten abheben. Bewegungen der Finger aktiv und passiv viel freier. Der Oberarm kann über die Horizontale gehoben, der Vorderarm im Ellenbogen besser gebeugt werden. Pat. kann mit der Hand wieder an den Hinterkopf reichen. Rechte Hand Bläschen eröffnet, trocknen ab, ohne entzündliche Reaktion.

Abb. 2

24. XII. Keine neuen Eruptionen, Bewegungsfähigkeit des Oberarmes weiter gebessert. Ophthalmoskopisch finden sich bei extremem Seitenblick nach links und rechts im linken Auge mehrere weiße, von einem Pigmentsaum umgebene Herdchen. Nach Bericht der Augenklinik (Prof. Brückner) läßt sich dieser Befund mit einiger Wahrscheinlichkeit als Residuum einer kongenital-luetischen Affektion ansprechen. Die bisher mehr ex juvantibus gestellte Diagnose einer Lues erhielt damit auch klinisch einen Anhaltspunkt.

Röntgenaufnahme des linken Humeruskopfes: Auch hier deutliche Dekalzination gegenüber rechts. Pat. klagt immer noch über Kopfschmerzen und Schmerzen in der rechten Schulter, während links keine Beschwerden mehr angegeben werden, außer beim Heben im Schultergelenk. Austritt am 8. I. 1926. Unter weiterer poliklinischer Oleo-Bi-Kur verschwinden die Bewegungsstörungen im linken Arm und die Schmerzen noch vollkommen, so daß Pat. ihren Arm wieder frei bewegen kann, sie frisiert sich z. B. wieder selbst. Eine erneute Röntgenaufnahme der Hände zeigt gegenüber der ersten weniger starkes Verwischtsein der Knochenstruktur und eher wieder solidere Knochenbälkchen (Abb. 3).

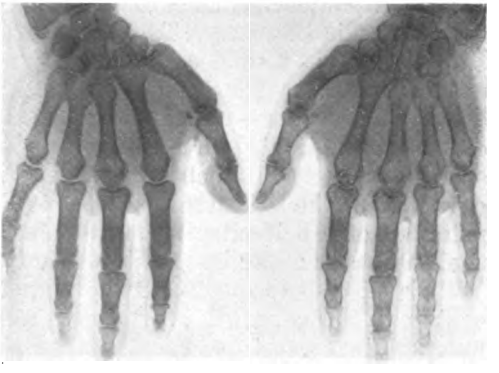


Abb. 3

Abschluß der Kur am 20. III. 1926. Total 20,0 g Oleo-Bi. Seitdem Beweglichkeit gut geblieben. Keine neuen Hauterscheinungen.

Aus diesem ganzen Krankheitsverlauf kann doch wohl mit Sicherheit der Schluß gezogen werden, daß sowohl die Bewegungsstörungen wie die Schmerzen, die Veränderungen an den Knochen und die Hauterscheinungen auf eine gleichartige Entstehungsweise zurückgeführt werden dürfen. Die Störung, welche diese Erscheinung hervorgerufen

Digitized by Google

hat, muß, wie das bereits von den Neurologen vermutet worden ist, im Bereich der Abgangsstelle des Plexus brachialis vom Zervikalmark ihren Sitz haben, und da nicht nur die linke, sondern auch die rechte Seite befallen war, dürfte am wahrscheinlichsten eine Pachymeningitis syphilitica die ätiologische Grundlage dafür abgeben. Die Schmerzen und die motorischen Störungen sind wohl ohne weiteres dadurch verständlich.

Osteoporotische Veränderungen werden ebenfalls nicht so selten bei Störungen von seiten des Nervensystems beobachtet, so bei Syringomyelie, vasomotorisch-trophischen Neurosen, Sklerodermie und Raynaudscher Krankheit, ferner aber auch bei traumatischen und neuritischen Affektionen peripherer Nervenstämme. Fälle von Knochenatrophie nach traumatischen, meist nur partiellen Nervendurchtrennungen sind in der Literatur eine ganze Reihe aufzufinden. Meist hat sich dabei auch am zentralen Ende des lädierten Nerven ein Neurom gebildet. Einen solchen Fall beschreibt z. B. Blum bereits 1875 an der Hand nach Medianusverletzung mit daran sich anschließender Neurombildung. Goldscheider teilt einen Fall mit, in dem sich nach einer traumatischen Medianus- und Ulnarislähmung eine Atrophie der Metakarpal- und Phalangealknochen ausbildete. Er führt in dieser Arbeit an, daß auch eine Neuritis solche Knochenatrophie erzeugen kann.

Daß die Osteoporose in unserem Falle eine Inaktivitätsatrophie darstelle, darf wohl ohne weiteres abgelehnt werden, indem die Finger immerhin beweglich blieben und die Dekalzination der Hand- und Fingerknochen schon festgestellt wurde, bevor eine stärkere Bewegungseinschränkung des Armes klinisch in Erscheinung trat.

Es wäre deshalb gezwungen, wenn man für die Hauterscheinungen nicht denselben Entstehungsmodus postulieren wollte, um so mehr, als eben das Krankheitsbild an der Haut doch einen ungewöhnlichen und eigenartigen Charakter darbot. Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, zeigte die mit einer leichten Anschwellung der ganzen Hand verbundene schubweise rezidivierende Eruption kleinerer und größerer, meist klarer, selten trüber Bläschen eine ziemlich große Ähnlichkeit mit den Bläschen des dysidrotischen Ekzems. Sie wich aber an einzelnen Punkten doch wohl von dieser Affektion ab, indem die Bläschen z. T. in eigenartiger Gruppenbildung besonders am Handrücken, aus normaler Haut heraus aufschossen. Diese letzteren Gruppen erinnerten stark an Herpes-simplex-Eruptionen, besonders als sich der Inhalt der Bläschen nach 1—2 Tagen zu trüben begann. Die Impfung auf die Kaninchenkornea verlief jedoch negativ. Zum Bild eines Herpes zoster, an den wir auch dachten, fehlte doch im weiteren Verlauf der Eruption das immerhin charakteristische Dellenstadium und die Krustenbildung, wenn man schließlich auch eine beidseitige symmetrische Lokalisation bei einem symptomatischen Herpes zoster hätte unterbringen können.

Es blieb also schließlich nur übrig, die Affektion bei der Acrodermatite continue (Hallopeau), Phlycténose récidivante des extrémités (Audry) unterzubringen, bei der nach Darier nicht nur Eiterbläschen vorhanden sein müssen, sondern auch eine bullöse oder vesikulöse Form vorkommen kann und die nach Brocq als ein neurotrophisches Syndrom anzusehen ist.

Es sei hier besonders betont, daß Störungen der Sensibilität nie nachweisbar waren und deshalb eine auf Grund dieser Störung traumatisch ausgelöste Blasenbildung nicht in Frage kommen konnte. Auch eine artefiziell erzeugte Dermatose, an die man ja bei allen diesen blasenbildenden Eruptionen denken muß, kann ausgeschlossen werden, da die Provokation einer derart naturgemäß sich entwickelnden Bläschendermatose mit allen Größen

Digitized by Google

und Stadien in stets richtiger Zusammenstellung nicht möglich ist, und zudem die Eruption auch, da wir zeitweise Verdacht auf Artefakt hegten, unter fest angelegten Verbänden sich immer wieder neu bildete.

Das Abheilen der vier als zusammengehörig aufgefaßten Symptome unter der ätiologischen Therapie bestätigt wohl diese Ansicht eindeutig. Interessant ist das Aufschießen der Bläschen an der rechten Hand, nachdem die linke bereits abgeheilt war. Wir möchten dies als Folge einer Reizung durch die vorangegangene und dann 14 Tage ausgesetzte Jodtherapie, etwa im Sinn einer Herxheimerschen Reaktion einer Partie der Pachymeningitis deuten.

Auf welchem Wege und in welcher Weise die Symptome an den Armen bedingt worden sind, darüber möchten wir hier nicht weiter diskutieren. Wir würden uns damit zu weit in die ja noch ganz umstrittenen und hypothetischen Fragen verlieren, welche in bezug auf die Übermittlung der zu solchen trophischen Störungen führenden Reize bestehen, speziell darüber, ob die Überleitung neurogen auf den Neuronen des Plexus brachialis erfolgte, ob trophische Fasern anzunehmen sind oder ob den mit den Gefäßen verlaufenden Fasern des Sympathikus eine Hauptrolle zukommt.

Wir möchten uns damit begnügen, feststellen zu können, daß bei einem als Pachymeningitis luetica aufzufassenden Herd im Bereich des Zervikalmarks neben Motilitätsstörungen, Schmerzen und Osteoporose eine in Schüben rezidivierende, herpetiforme, am besten der Acrodermatite continue (Hallopeau) zu vergleichende Hauteruption aufgetreten ist, die wohl nur als durch den Reiz des meningitischen Prozesses auf die Nervenbahnen hervorgerufen aufgefaßt werden kann, so daß der Fall einen eindeutigen Beitrag zur Frage der neurogen entstandenen bläschenförmigen Dermatosen bilden dürfte.

Literatur

Adler, Blasenbildung der Haut bei Encephalitis epidemica. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146. — Aoki, T., Vesikula-formation caused by disturbance of vegetal nervs. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 11, S. 41. — Blum (zit. nach Goldscheider, s. u.), Thèse de Paris 1875. — Brissaud, F. (zit. nach Schlesinger), Bull. de la soc. clinique de Paris 1879/1880, S. 221 bis 224. — Cassirer, Die vasomotorisch-trophischen Neurosen. Berlin 1912. — Chatain, Troubles trophiques chez les hémiplégiques. Rev. de méd., 1900, S. 781. — Chvostek, Weitere Beiträge zu den vasomotorischen u. trophischen Neurosen. Blasenbildung an der Haut (Pemphigus). W. m. W., 1875, S. 718. — Deyke-Pascha, Knochenveränderungen bei Lepra nervorum im Röntgenbilde, 1905 bis 1906, Fortschritte auf dem Geb. d. Röntgenstrahlen, Bd. 9. — Fischer, Bruno, Über Blasenbildung bei organischen Nervenkrankheiten. Arch. f. Derm., 1924, Bd. 146. — Goldscheider, Über neurotische Knochenatrophie und die Frage der trophischen Funktionen des Nervensystems. Zschr. f. kl. M., 1906, Bd. 60. — Hirsch, Über einen Fall von Medianusverletzung mit seltenen trophischen Störungen. D. m. W., 1906, S. 799 und 837. — Ingelrans, Eruptions pémphigoides etc. dans l'hémiplégie (zit. nach Cassirer S. 125). Echo med. du Nord, Bd. 14, S. 177. — Kreibich, Über Decubitus acutus u. Blasenbildung bei Nervenkrankheiten. Arch. f. Derm., 1908, Bd. 92. — Louste, Thibaut et A. Baranger, Epidermite chronique du pouce droit avec troubles trophiques. Bull. de la soc. franç. de derm., 1924, S. 257. — Oudard und G. Jean, Eruption zostériforme post-traumatique. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 16, S. 783. — Polland, Herpes neuroticus, eine klinische Studie. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123. — Schlesinger, Über Blasenbildung an der Haut bei zentralen Affektionen des Nervensystems. D. m. W., 1907, S. 1086. — Schlesinger, Hermann, Pemphigus und Encephalitis lethargica. W. m. W., 1924, Jahrg. 74, Nr. 31, S. 1625. — Strauss, 2 Fälle von isolierter peripherischer Lähmung des N. musculocut. B. kl. W., 1897, Nr. 37. — v. Tschermak, Über Herpes zoster nach Schußverletzung eines Nerven. Arch. f. Derm., 1918, Bd. 122.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der königl.-ungar. Elisabeth-Universität in Pécs (Direktor: Prof. S. C. Beck)

Ein Fall von Epitheliom im jugendlichen Alter

Von

Dr. Eugen Follmann

Das Epitheliom ist allbekannt, im allgemeinen eine Erkrankung des höheren Alters. Bis zum 15. Lebensjahre tritt es so selten in Erscheinung, daß ein jeder Fall, der einen Einblick in die Umstände seines Entstehens gestattet, der Mitteilung wert ist.

Zu diesen letzterwähnten Fällen gehört der an unserer Klinik im September vorigen Jahres diagnostizierte Fall.

T. T., 15jähr. Mädchen, meldete sich an der Ambulanz und gab an, daß sie ungefähr vor einem Jahre von ihrer Spielgefährtin mit dem Fingernagel an dem linken Nasenflügel tief verletzt wurde und die hierdurch verursachte Verwundung trotz wiederholter Salben- und anderer Behandlungen nicht heilte. Bevor sie sich bei uns meldete, wurde sie angeblich siebenmal einer Strahlenbehandlung unterzogen, worüber sie jedoch nichts Näheres mitteilen kann. Diese Behandlung erbrachte jedoch nicht die gewünschte Besserung, und es trat auch im äußerlichen Aussehen, des inzwischen linsengroß gewordenen Geschwüres keine Änderung ein, es schmerzte zwar nicht, blutete jedoch auch bei mäßiger Verletzung stark.

Bei der Untersuchung zeigte sich am linken Nasenflügel, in der Mitte des Bogens des Sulcus alaris nasi, ein oberflächlicher, hochroter, glatter und regelmäßig kreisförmiger Epithelverlust von nicht einmal Hellergröße, der in der Ebene der sonst intakten Haut lag, und nur bei sehr gründlicher Untersuchung fiel es auf, daß die umliegende Haut um das Geschwür eine schmale Umrahmung bildet. Die Ränder sind nicht transparent, die Umgebung ist nicht entzündet. Bei der Palpation konnte nur eine sehr mäßige Resistenz festgestellt werden. Das aus der Wunde gewonnene Strichpräparat enthielt weder spezifische Bakterien, noch Pilze. Mit Rücksicht auf die Daten der Anamnese, und zwar auf die Umstände der Entstehung, auf den langen Verlauf, auf die Schmerzlosigkeit des Geschwüres, auf die leichte Blutung, auf die zwar langsame, aber stetige Vergrößerung trotz vorangegangener Behandlung, auf die Reaktionslosigkeit der Umgebung und zuletzt auf die negativen Ergebnisse anderer Untersuchungen schlossen wir auf einen Fall von Epitheliom, unbeachtet dessen, daß das Geschwür keine ausgesprochenen Merkmale an sich trug und in einem ungewöhnlich jungen Alter (von 14 Jahren) auftrat.

Das Geschwür wurde in toto exstirpiert. Den ovalen Schnitt führte ich in der Richtung des erwähnten Sulkus, 2—3 mm weit im Gesunden, und es gelang nach Entfernung des pathologischen Gewebteiles, nachdem die Haut beiderseits von der Unterlage etwas lospräpariert wurde, die Wundränder mit Nähten derart zu vereinigen, daß der Schnitt vollkommen in der Falte lag. Die Wunde heilte in 8 Tagen per primam und ließ auch in kosmetischer Hinsicht nichts zu wünschen übrig.

Die histologischen Präparate rechtfertigten vollkommen unsere klinische Diagnose, sofern sie das Bild eines Basalzellenkarzinoms gaben, welches seitwärts nur in sehr kleinem Maße die Ränder des Geschwürs überschritt und in der Tiefe das Unterhautzellgewebe nicht erreichte. Ein Zusammenhang zwischen den Epithelnestern und der Basalzellenschicht der umgebenden gesunden Haut konnte trotz den sorgfältigst verfertigten 150 Serienschnitten nicht entdeckt werden.

Das histologische Bild bestand aus größeren und kleineren Basalzellennestern. Diese zeigen keinen soliden Bau; viele unter ihnen weisen

Digitized by Google

in der Mitte eine Lichtung auf, in welcher Kernbruchteile und mit Hämatoxylineosin rosagefärbte feinkörnige Detritusmassen zu sehen sind. Andere besitzen zentral gelegene ovale große Zellen, deren Plasma gleichfalls eine hellere Rosafärbung aufwies. Auch einige in Verkalkung begriffene Hornzysten bzw. milienartige Gebilde waren aufzufinden.

Als besonderer Befund kann erwähnt werden, daß im Gewebe an einigen Stellen haufenartig und in abwechselnder Anzahl Riesenzellen erschienen, die sich unabhängig vom Epitheliom zu runden Zellhaufen mit einer mehr oder minder ausgesprochenen Abgrenzung gegen das umgebende Bindegewebe gruppierten. Stellenweise ist in der Mitte dieser Riesenzellengruppen eine dem oben erwähnten ähnliche, mit Eosin ebenfalls rosagefärbte Detritusmasse zu sehen, an anderen Stellen umrahmen die Riesenzellen einen Haarbalg und sammeln sich in doppelten Reihen und in sehr großer Anzahl um die von dem Haarbalg noch übriggebliebene, jedoch stark verhornte äußere Wurzelscheide und den Resten des Haares.

Die Riesenzellen tragen den Charakter von Fremdkörperriesenzellen, wie das um die zugrunde gegangenen Hornzysten und Kalkkonkremente auch von anderen beobachtet wurde. Die Größe der Riesenzellen ist verschieden, sie besitzen eine unregelmäßige Form und 10—80 Kerne, die in dem reichlichen Plasma durcheinanderliegen. Im Gewebe findet man auch einige zerstreute Plasmazellen, die meist an der Grenze der Subkutis größere und kleinere Infiltrationen bilden. Demzufolge zeigt also das Epitheliom den Typus des Basalzellenepithelioms mit dem Unterschied, daß in demselben an einigen Stellen auch konzentrische, aus Hornlamellen bestehende Bildungen zu finden sind, Hornzysten, die auch bei anderen, vollkommen benignen Basalzellenepitheliomen, z. B. beim Epithelioma adenoides cysticum, vorkommen. Obzwar klinisch eine die Oberfläche überragende Wucherung und sonstige, insbesondere histologische Anzeichen, welche die Neigung zu einer Progressivität zeigen, nicht konstatiert werden konnten, war die Exstirpation doch begründet und führte dieselbe eine bereits seit einem $^1/_2$ Jahre bestehende, rezidivfreie Genesung herbei.

Ohne eine erschöpfende Aufzählung der einschlägigen Publikationen hier vorzunehmen, sei erwähnt, daß die Arbeit Philipps in der älteren Literatur die ausführlichste Besprechung des Epithelioms im Kindesalter darstellt. In dieser stellt der Verfasser die bis 1907 beobachteten Epitheliome im Kindesalter zusammen. Die Mehrzahl derselben bildete sich auf xerodermatischer Grundlage, welche in jedem Falle unbedingt zu einer Krebsbildung führt, weshalb wir diese außer acht lassen.

Der jüngste Fall wurde von Selberg beschrieben. Auf der linken Schulter eines Säuglings von 4 Wochen trat eine Verhärtung von Bohnengröße auf, die nicht schmerhaft war, jedoch in der Größe ständig zunahm. Im 6. Monate exulzerierte die Haut oberhalb des Tumors. Das histologische Präparat zeigte unregelmäßige Epithelzapfen gegen die Tiefe vordringen, die teilweise eine alveolare Struktur besaßen, mit verschiedener Zellgröße und Form, mit Verhornung und Perlenbildung. In dem von Vidal erwähnten Falle eines 4jähr. Mädchens entstand auf der rechten Gesichtshälfte ein mit dem Knochen stark verwachsenes, ulzeriertes Epitheliom. Esmarch

Digitized by Google

bespricht das Ohren-, Nasen- und Lippenepitheliom eines 11jähr. und das Wangenepitheliom eines 12jähr. Knaben. Bei BRAUN entstand durch Schlag ein planozelluläres Epitheliom auf der Kopfhaut eines Mädchens von 12 Jahren auf dem Boden einer 2jährigen Brandnarbe. WILLIAMS erwähnt das Ulcus rodens eines 4jähr. Mädchens, und COLLES beobachtete ein Stachelzellenepitheliom des Daumens bei einem 15jähr. Mädchen. Der Großvater desselben erkrankte an Wangenepitheliom und die Tante an Carcinoma uteri. Nach diesen Angaben bespricht PHILIPP kritisch jene Fälle, die nicht mit Sicherheit aufgeklärt werden konnten, und sammelte im ganzen 87 Karzinome aller Organe im kindlichen Alter, die bereits erwähnten Epitheliome mit eingerechnet. Als die am häufigsten angegriffenen Organe bezeichnet er den Darmkanal, das Ovarium und die Haut.

In der Literatur der jüngsten Zeit finden wir bei ROTH ein Basaliom eines Elfjährigen, durch Stachelverletzung an der Glutealgegend verursacht, und bei MARTINOTTI ein Epitheliom von adenoidem Typus am linken Oberarm eines Zwölfjährigen, ebenfalls durch ein Trauma entstanden. Aus den statistischen Mitteilungen DOLLINGERS kann festgestellt werden, daß im Jahre 1904 von der Gesamtzahl der Krebserkrankungen in Großungarn (3570 Fälle) 1,8% auf die Altersstufe von 15—30 fällt und hiervon bloß $^1/_{20}$ im Alter von 15—20 Jahren auftraten. Diese statistischen Daten haben die Fälle im Alter unter 15 Jahren bloß flüchtig berührt und erwähnen nur einen einzigen Fall von Hautkrebs. STEINER bespricht 226 Krebsfälle, meistens Hautkrebse, welche in den Jahren 1897—1901 an der I. chirurgischen Klinik in Budapest behandelt wurden. Hiervon war keiner im jugendlichen Alter. An der im Jahre 1900 abgehaltenen Versammlung der Krebsforscher wurde über 12179 behandelte Krebsfälle referiert. Hiervon traten 15 Fälle bis zum 15. Lebensjahre auf, darunter nur ein Hautkrebs, welcher sich auf lupöser Grundlage entwickelte. Es wird durch diese Angaben die Seltenheit des Auftretens des Epithelioms im jugendlichen Alter genügend bewiesen.

Die älteren Autoren haben bei der Frage der Ätiologie des Krebses im jugendlichen Alter hauptsächlich die Vererbung verantwortlich gemacht. In der Pathogenese der Epitheliome stehen heute 3 Theorien im Vordergrund: 1. die COHNHEIMsche, 2. die VIRCHOWsche und 3. die infektiöse Auffassung BLUMENTHALS, GYE und BARNARDS, welch letztere in jüngster Zeit manche Anhänger fand.

In dem von uns besprochenen Falle ist das Aufeinanderfolgen des Traumas und der Entstehung des Krebses derart eklatant, daß wir einen kausalen Zusammenhang annehmen müssen, um so mehr, da auch die von ROTH und MARTINOTTI erwähnten Fälle unter ähnlichen Umständen zustande kamen. Es ist wohl plausibel, daß durch die tiefe Verletzung mit dem Nagel einzelne Epithelzellen aus dem normalen Zusammenhange in die unteren Schichten gelangten, so daß deren Vitalität, sich selbst überlassen, einen expansiveren Charakter angenommen hat; es kann jedoch der sekundär irritative Einfluß der verschiedenen Behandlungen und Bestrahlungen während des langen Bestehens des Geschwüres auch nicht ausgeschlossen werden.

Digitized by Google

Literatur

PHILIPP, Karzinom im Kindesalter. Zschr. f. Krebsforsch., Bd. 5, S. 326. — F. SELBERG, Arch. f. pathol. Anat., 1896, Bd. 145, S. 177. — E. VIDAL, De la Dermatose de Kaposi. Xerod. pigm. Ann. de Derm., 1883, S. 621. — ESMARCH, Arch. f. klin. Chir., 1889, Bd. 396. — WILLIAMS, Brit. m. J., Okt. 1890. — H. BRAUN, Arch. f. klin. Chir., 1893, Bd. 45. — W. COLLES-St. Louis in SCHMIDTS Jahrbuch, 1873, Bd. 158, S. 185. — ROTH, Beiträge zur Kasuistik der Krebserkrankungen bei Jugendlichen. Clin. chirurg. univ. Cluj., 1926. Ref. MARTINOTTI, Eigenartige Beobachtung eines benignen Hautepithelioms bei einem 12jähr. Mädchen. Giorn. ital. delle mal. vener., 1922, Bd. 63. DOLLINGER, Magyarországi rákstatisztika, 1904. — STEINER PÁL, Beiträge zur Krebsstatistik. D. Zschr. f. Chir., 1906.

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. KREIBICH)

Amenorrhoe als Folgezustand einer luetisch bedingten innersekretorischen Störung

Von

Dr. RUDOLF LEWITH, Abteilungsassistent

Es handelt sich um eine 32jähr. Pat., bei der nach ihrer am 14. III. 1927 erfolgten Aufnahme in das Krankenhaus folgende Anamnese erhoben worden ist: Vor 15 Jahren wegen eines syphilitischen Ausschlages mit Schmierkuren behandelt. Seither keine antiluetische Therapie. Vor 10 Jahren Partus (Totgeburt). Vor der Gravidität normale Menstruation. Nach der Geburt, anschließend an diese, Amenorrhoe. Seit einigen Monaten heftige Kopfschmerzen, am Abend exazerbierend. Schon seit langer Zeit Haarausfall, seit einigen Monaten besonders stark. Auf den Ausfall der Augenbrauen, Achsel- und Schamhaare achtete Patientin nicht. Seit 3 Monaten Geschwür am rechten Scheitelbein.

Status praesens (gekürzt): Über dem rechten Scheitelbein ein ungefähr fünfkronenstückgroßes Ulkus, unregelmäßig begrenzt, schmierig eitrig belegt, anscheinend mit dem Periost zusammenhängend. Rand wallartig aufgeworfen, infiltriert (Periostwall). Diffuse Alopezie des Kopfes, spärliche Haare an den Augenbrauen, spärliche Achselhaare, fast fehlende Schamhaare. Hypoplastisches äußeres Genital. Mammae zeigen keine wesentlichen Veränderungen. Inneres Genitale ohne Besonderheiten. Neurologischer Status normal. Diagnose: Lues gummosa (Periostgumma) des rechten Scheitelbeines, mit sekundärem Übergreifen auf die Haut. Da wegen der Amenorrhoe, Alopezie und hypopl. äußerem Genitale der Verdacht auf eine innersekretorische Störung von seiten der Hypophyse besteht, wird eine röntgenologische Durchleuchtung des Schädels vorgenommen (Klinik Prof. BIEDL). Das Röntgenbild der Sella turcica zeigt jedoch keine pathologischen Veränderungen.

Nach den ersten zwei Neosalvarsan- + Bismutinjektionen Schwinden der Kopfschmerzen, gleichzeitig deutliche Heilungstendenz des Schädelgummas. Nach weiteren zwei Neosalvarsan- + Bismutinjektionen am 18. Tage der eingeleiteten antiluetischen Therapie Einsetzen der bisher 10 Jahre lang sistierten Menstruation. Beginn mit Nasenbluten. Dauer 3 Tage. Unter weiterer Behandlung heilt das Gumma ab, und 23 Tage nach der ersten tritt die zweite Menstruation auf. Dauer 4 Tage. Beginn ebenfalls mit Nasenbluten, gleichzeitig Schwellung der Knöchelgegend und Fußrücken. Der normale Menstruationszyklus hat eingesetzt.

Wir haben es also mit einer Patientin zu tun, die vor 15 Jahren eine Lues akquiriert hatte, bei der sich vor 10 Jahren — im 22. Lebensjahre der Patientin — bei vorher normaler Menstruation, anschließend an eine Geburt, eine Amenorrhoe einstellte, die jetzt auf antiluetische Therapie aufgehoben wurde. Als Zeichen von inkretorischer Störung finden sich bei der Patientin außer der Amenorrhoe spärliche Behaarung des Kopfes,

Digitized by Google

der Augenbrauen, der Achsel- und Schamhaare und ein hypoplastisches äußeres Genitale.

Wie wären nun die innersekretorischen Ausfallserscheinungen zu deuten? Am naheliegendsten wäre eine luetische Erkrankung der Ovarien anzunehmen. Durch eine solche wären alle Ausfallserscheinungen erklärt, und zwar könnte man entweder an eine diffuse interstitiellle Oophoritis luetica, analog interstitieller Entzündungen anderer Organe im gummösen Stadium der Lues, oder an Gummen der Ovarien denken. Nach eingeleiteter Therapie Schwinden der interstitiellen Entzündung oder der Infiltrate und Wiedererlangung der normalen Ovarialtätigkeit.

Dagegen wäre zu bedenken, daß, um eine Amenorrhoe zu verursachen, beide Ovarien erkrankt sein müßten, weiter, daß es sich um ausgebreitete, eventuell palpatorisch nachweisbare Infiltrate der Ovarien handeln müßte, denn geringgradige Infiltration oder interstitielle Entzündung reichen sicherlich nicht aus, um die Ovarien funktionsuntüchtig zu machen. Hochgradige interstitielle Veränderungen brauchen aber Zeit, um sich so weit zurückzubilden, daß die Ovarien ihre normale Tätigkeit aufnehmen und Ovulation und daran anschließend Menstruation wieder einsetzen können; dazu reichen 18 Tage, die zwischen Einleitung der antiluetischen Therapie und erster Menstruation liegen, sicher nicht aus. Es darf auch die Möglichkeit nicht außer acht gelassen werden, daß schwere Gummen mit Narben ausheilen, welche die Ovarialtätigkeit eo ipso unmöglich machen.

All diese Erwägungen, weiter der Umstand, daß die Amenorrhoe anschließend an eine Geburt aufgetreten ist, lassen an ein anderes mit der inkretorischen Tätigkeit der Ovarien in Korrelation stehendes Organ und zwar an die Hypophyse denken. Die Hypophyse ist ein kleines Organ, in dem geringgradige Veränderungen schon die früher beschriebenen Ausfallserscheinungen verursachen und diese geringgradigen Veränderungen, wenn sie luetisch bedingt sind, in kurzer Zeit durch spezifische Therapie zum Schwinden gebracht werden können, um so mehr, da es sich nur um die Erkrankung des Vorder- und Mittellappens handeln kann, denn „diese Anteile stehen in chemisch vermittelter Korrelation mit anderen innersekretorischen Organen" (Biedl). Auf die Frage, ob es sich um Ausfallserscheinungen des Vorder- und Mittellappens oder nur des Mittellappens handelt, kann hier nicht näher eingegangen werden, diesbezüglich stimmen die Auffassungen der einzelnen Autoren nicht überein; daß aber Haarausfall und Amenorrhoe hypophysär bedingt sein können, steht außer Zweifel, hierfür sprechen sowohl Tierexperimente, als auch klinische Beobachtungen. Über tierexperimentelle Beobachtungen (totale und partielle Hypophysenexstirpation) referiert Biedl in seiner „Inneren Sekretion" ausführlich. Erwähnt seien hier die Versuche Aschners, der bei jungen Tieren neben Wachstums- und Stoffwechselstörungen „Hypoplasie des Genitales, Anomalien der Behaarung", weiter „bei männlichen Tieren Aufhören der Spermatogenese, bei weiblichen eine Rückbildung der Ovarialfollikel" beobachten konnte. Von den zahlreichen klinischen Beobachtungen, die hypophysär bedingte Ausfallserscheinungen verursachten, sei nur auf jene Fälle hingewiesen, bei denen entweder Haarausfall allein, oder Haarausfall in Korrelation zur Genitalfunktion, als Hypophysenausfallserscheinungen beschrieben sind. So berichtet Boström über Fehlen

Digitized by Google

von Augenbrauen-, Achsel- und Schamhaaren bei Atrophie der Hypophyse, Kyrle über einen Fall von Alopezie bei einer nekrotisierenden Hypophysenveränderung. Besonders erwähnenswert ist ein Fall von S. Schoenhof aus unserer Klinik, wo keine klinisch oder röntgenologisch sichtbaren Veränderungen an der Hypophyse beobachtet werden konnten, die Ausfallserscheinungen aber durch therapeutische Beeinflussung der Hypophyse behoben wurden. Es handelte sich um eine 27jährige Patientin mit einer fast universellen Alopezie, die aus einer Alopecia areata hervorgegangen ist, und wo die Alopezie nach der ersten Gravidität, gegen Ende der Laktationsperiode, einsetzte. Jede Therapie erwies sich als aussichtslos. Endlich nach Röntgenbestrahlung der Hypophyse konnte die Alopezie behoben werden. Daß die Alopezie, die hypophysär beeinflußt zur Abheilung gebracht werden konnte, tatsächlich mit der Gravidität in Zusammenhang gestanden hat, beweist der Umstand — dieses ist über den Fall noch nicht bekannt und von Schoenhof hier zur Mitteilung überlassen —, daß nach der zweiten Gravidität bei der Patientin wieder eine Alopezie aufgetreten ist.

Luetische Erkrankungen der Hypophyse sind bekannt. Nach Simmonds ist die Hypophyse direkt „eine Prädilektionsstelle für Erkrankungen bei kongenitaler Lues", und zwar finden sich bei dieser entweder diffuse, oder mehr herdförmige interstitielle Hypophysitis, oder Gummen vor.

Eine Erkrankung der Hypophyse bei akquirierter Lues ist selten. Nach E. J. Kraus sind etwa 20 Fälle von luetischer Erkrankung der Hypophyse bei akquirierter Lues bekannt, und zwar handelt es sich um gummöse Erkrankungen. Es könnte sich in unserem Falle eher um eine interstitielle Entzündung, höchstens um miliare Gummen handeln, denn sonst wäre eine Restitutio ad integrum und eine vollständige Funktionstüchtigkeit der Hypophyse und korrelativ der Ovarien nicht erklärlich.

Eine dritte Möglichkeit, die Ausfallserscheinungen bei unserer Patientin zu erklären, wäre die Schädigung des Zentrums der Genitaltrophik, das in den Boden des III. Ventrikels verlegt wird. Fälle von Dystropia adiposo-genitalis, bei denen eine Zerstörung der Zwischenhirnzentren bei völlig oder fast völlig intakter Hypophyse beobachtet wurde, ergaben die Berechtigung der Auffassung, daß diese Erkrankung auch durch Schädigung der Zwischenhirnzentren zustande kommen könnte. Raab nimmt an, daß das Zentrum der Genitaltrophik und das Fettstoffwechselzentrum am Boden des III. Ventrikels nahe aneinander, aber räumlich getrennt liegen, das erstere mehr hypophysenwärts, das letztere näher den Corpora mammillaria im Tuber cinereum. Man könnte also einen Druck auf das genitaltrophische Zentrum, oder eine Infiltration in diesem, als ursächlichen Faktor für die bei der Patientin vorhandenen Ausfallserscheinungen verantwortlich machen.

Sichere Beweise für den Sitz des Erkrankungsherdes lassen sich, wie aus den bisherigen Erörterungen sichtbar ist, nicht ableiten, man kann nur die vorhandenen Möglichkeiten in Betracht ziehen; so viel ist aber sicher, daß es sich um eine innersekretorische Störung auf luetischer Basis handelt, die durch die eingeleitete antiluetische Therapie aufgehoben wurde.

Digitized by Google

Literatur

A. Biedl, Innere Sekretion. — E. J. Kraus, Die Hypophyse. Handb. d. spez. Anat. u. Histol., Bd. 18, S. 861. — E. J. Kraus, Zur Pathogenese der Dystrophia adiposogenitalis. M. Kl., 1924, S. 1202. — W. Raab, Klinische und röntgenologische Beiträge zur hypophysären und zerebralen Fettsucht und Genitalatrophie. Wien. Arch. f. innere Med., Bd. 7, S. 443. — S. Schoenhof, Versuche zur indirekten Bestrahlung von Hautkrankheiten. Strahlenther., Bd. 12, S. 148. — M. Simmonds, Über syphilitische Erkrankungen der Hypophysis, insbesondere bei Lues cong. Derm. W., Bd. 58, Ergänzungsh. S. 104. — Zumbusch, Die Beziehungen der Hautkrankheiten zu Krankheiten anderer Organe. Erg. d. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 1, S. 237.

Über die Notwendigkeit, die Bewertung der Wassermannschen Reaktion für Therapie und Prophylaxe einzuschränken

Von

Dr. H. Mühlpfordt in Allenstein

Sobald der Patient das mit dem Stempel der Untersuchungsstelle versehene „negative" Ergebnis seiner „WR" in den Händen hält, ist oft alles vergessen; Primäraffekt, Sekundärerscheinungen, die warnenden Worte des Arztes — er hält sich nun, nachdem es „behördlich" bescheinigt ist, für durchaus gesund und ist von Stund an beruhigt. Es gibt natürlich auch andersdenkende Kranke, aber jedem Syphilidologen ist der geschilderte sehr häufige Typus wohlbekannt, dessen Sorglosigkeit, ja Verbohrtheit, sich psychologisch nur dadurch erklären läßt, daß Menschen, und besonders Kranke, das eben glauben, was sie gern hören wollen. Der Arzt wird sehr oft vergeblich dagegen ankämpfen.

Schlimmer ist es schon, wenn ein Arzt ein positives Blutresultat mit „syphiliskrank", ein negatives mit „gesund" erläutert, eine Auffassung, die unter praktischen Ärzten leider noch immer häufig ist und sogar unter Fachärzten noch vorkommt.

Sicher ist, daß die Zuverlässigkeit der WR von den Ärzten sehr überschätzt wird; die WR ist zwar ein gutes diagnostisches Hilfsmittel unter zahlreichen anderen, aber sie darf nie ausschlaggebend sein, sondern nur, dem klinischen Bilde untergeordnet, mitverwertet werden. Man braucht nicht gleich soweit zu gehen wie Henry Schwers (1), der die WR wegen ihrer Unzuverlässigkeit für „einen gewiegten Praktiker für unnötig" erklärt, eine Auffassung, der auch andere gewiegte französische Syphilidologen widersprochen haben.

Bereits bei der Blutentnahme mache ich meine Kranken darauf aufmerksam, daß eine einzige negative WR nichts besagt. Bei negativem Ausfall sage ich nie mehr als: „Zur Zeit ist in Ihrem Blut eine Syphilis nicht nachweisbar."

Bekanntlich sind ja allein Fälle tertiärer Lues mit negativer WR sehr häufig. So veröffentlichte Palmer (2) einen Fall, der 14 Jahre lang negative WR zeigte und dann erst wassermann-positiv wurde. Man muß daher Kyrle (3), dessen Buch doch gerade für praktische Ärzte geschrieben ist, durchaus widersprechen, wenn er, eine 10 Jahre alte Lues besprechend, schreibt (S. 48): „Ist die WR aber negativ, so sagt Ihnen dies, daß dermalen irgend welche besorgniserregenden Prozesse luischer Natur auch in den inneren Organen wohl kaum vorhanden sein werden. Sie werden den Kranken völlig beruhigen können . . ." Ich halte es lieber mit Zieler (4): „Der negative Ausfall der WR beweist für sich allein niemals Freisein von Syphilis." Nach Engelhardt (5) ist die WR in 4,1% der Fälle unzuverlässig. Ich glaube, daß die WR bei Spätlues in einem sehr viel höheren Prozentsatz falsche Resultate angibt. Das ist auch begreiflich, wenn man bedenkt, daß die WR nicht auf den Spirochäten beruht, sondern auf einem Antikörper gegen Lipoide, der sogenannten Wassermannschen Substanz. Diese Lipoide entstehen nicht nur aus den zerfallenen Spirochäten (Lipoproteide der Pallidae), sondern besonders aus den von den Spirochäten beeinflußten Zellen, den Gewebslipoideiweißverbindungen. Die Wassermannsche Substanz bildet sich erst langsam, und daher

Digitized by Google

bleibt die Lues I einige Zeit seronegativ. Bei der Spätlues nun fehlt die WASSERMANNsche Substanz oft, da der Körper in seiner Kraft, Antikörper zu bilden, erlahmt und so kann es auch nicht zu einer positiven WR kommen. Eine gleiche Erfahrung kann man bei jeder chronischen Infektionskrankheit (Tuberkulose) machen. F. LESSER (6) sagte einmal sehr richtig: „Negative WR ist nur der Beweis, daß keine Kämpfe mehr im Körper vor sich gehen." So ist auch bei maligner Syphilis die WR meist negativ, und auch deswegen nannte sie JOSEPH irgendwo einmal mit Recht eine ins Sekundärstadium vorgeschobene Lues III. Hierzu erwähnt BUSCHKE (7) einen unheilbaren Fall von maligner Lues, der dauernd wassermann-negativ war.

In den seltenen Fällen, bei denen im Frühsekundärstadium eine negative WR vorliegt, hat also der Körper keine Kraft, die nötigen Antikörper zu bilden. ZIELER (4) schätzt (S. 64) das Vorkommen negativer WR bei florider Lues auf 1‰, anfänglich negativen und erst im Verlauf der Behandlung positiven Ausfall der WR auf noch nicht 1‰. Hierher gehören die Fälle von JERSILD (8), RUGE (9), SPORACIO (10) und CL. SIMON (11), sowie folgender Fall:

23. XI. 1926. H. S., ♀, 19 Jahre. Gravida mens VII, luische Ansteckung vor etwa 9 Wochen durch den Bräutigam, der wegen schwachseropositiver Lues I in meiner Behandlung steht. Befund: Halbverheilter Primäraffekt am linken großen Labium, typische Perlschnurdrüsen, besonders links; mehrere typische Papeln ad genitale, die erst seit 2 Tagen bestehen sollen. Spir. pall. in den Papeln ++ (sehr lange und kurze Formen[1]). WR Eigenhemmung, anscheinend negativ. MR negativ[2]).

Intensive Behandlung mit Neosalvarsan und Wismut. 7. XII. Primäraffekt und Papeln abgeheilt. WR negativ. 18. XII. Pat. hat bisher erhalten: Neosalvarsan 2mal Dosis III + 2mal Dosis IV + 7 ccm Mesurol. WR deutlich positiv. 31. XII. WR negativ, SGR negativ. 11. I. 1927 WR schwach positiv, MR schwach positiv, SGR negativ. Pat. hat im ganzen erhalten: Neosalvarsan 2mal Dosis III + 6mal Dosis IV + 17 ccm Mesurol. 2. II. WR negativ, MR negativ, SGR negativ. 15. II. Geburt eines äußerlich gesunden ausgetragenen Mädchens.

Wir sehen also bei einer hochgraviden Frischsekundärsyphilitischen mit negativer WR nach kräftiger Behandlung eine positive WR-Zacke provokatorisch auftreten, die — vielleicht infolge der intensiven Behandlung — später negativ wird.

Daß die Gravidität hier einen Einfluß auf die WR hat, halte ich für möglich; es ist zwar das Umgekehrte (positive WR bei nichtsyphilitischen Schwangeren) mehrfach beobachtet (siehe unten), aber andererseits gehen die Spirochäten, wie ich (14) ausführte, gern dahin, wo viel Sauerstoff zur Verfügung steht, da sie den O_2 zum Leben brauchen.

---

[1]) Ich habe schon lange bei meinen Spirochätenstudien beobachtet, daß man die quoad therapiam sehr wichtige Frage, ob ein Primäraffekt schon seropositiv oder noch seronegativ ist, mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit beantworten kann, wenn man die mit der zuerst von mir (12) gefundenen Viktoriablaufärbung dargestellten oder im Dunkelfeld beobachteten Pallidae auf ihre Länge (Windungszahl) hin ansieht. Sind besonders lange (dicht vor der Teilung stehende) Pallidae mit 24—30 Windungen vorhanden, so kann man mit ziemlicher Sicherheit auf eine positive WR rechnen, erst recht, wenn die Teilung, wie hier, zum Teil schon erfolgt ist. Das alleinige Vorhandensein der Anfangsformen (12—18 Windungen) dagegen läßt mit ziemlicher Sicherheit auf eine zur Abortivkur geeignete seronegative Lues I rechnen, besonders, wenn gleichzeitig die Drüsen erst mäßig geschwollen sind und der Primäraffekt nicht am Frenulum sitzt. — [2]) Sämtliche Blut- und Liquoruntersuchungen meiner Patienten nach WASSERMANN wurden in der Wa-Station des Hygien. Univ.-Inst. Königsberg ausgeführt, deren Leiter Prof. HILGERS, jetzt Bonn, und Priv.-Doz. Dr. BACHMANN mir stets sehr entgegengekommen sind, was ich dankend hier hervorheben möchte. Den Einwand, den man etwa machen könnte, daß die von mir in Allenstein entnommenen Blutproben nicht frisch genug in Königsberg zur Untersuchung kamen und deshalb nicht zuverlässig ausfielen, möchte ich mit KYRLE (3) entkräftigen (S. 44): „Der Serologe hat es ganz gern, wenn das Serum nicht zu frisch zur Untersuchung kommt; die Resultate mit älteren Sera sind verläßlicher." Eingehende Untersuchungen hierüber hat soeben erst H. ENGELHARDT (13) veröffentlicht. Er hat bei ganz frischen Blutseren noch negative WR erhalten, die nach 3—4 Tagen eine stark positive WR zeigten. Auch seines Erachtens sind ältere Blutproben geeigneter zur WR, im Gegensatz zur MR. Es sei hier in bezug auf ENGELHARDTS Arbeit auch erwähnt, daß ich die STRAUSSschen Kanülen vor der Blutentnahme stets in frischem Leitungswasser ohne Sodazusatz auskochte.

Digitized by Google

Bei der guten Blutversorgung des Fötus überhaupt und seiner Leber im speziellen brauchen wir uns nicht zu wundern, dort die meisten Spirochäten anzutreffen, und so wäre es vielleicht möglich, daß dem mütterlichen Körper zu wenig Spirochäten übrig bleiben, als daß er mit Antikörperbildung antworten kann. Oder er ist auch mit der Ernährung des Kindes zu sehr beschäftigt, um sich um Antikörperbildung kümmern zu können.

Diese Anschauung paßt auch gut zu der Irrlehre vom sog. Collesschen Gesetz. Wir haben nämlich in meinem Fall eine echte Collesmutter vor uns. Nehmen wir an, die Kranke wäre unbehandelt geblieben, so hätte sie sicher ein syphilitisches Kind geboren, hätte ihren Sekundärausschlag zur Zeit der Geburt voraussichtlich soeben überwunden und wäre gerade im Stadium der Latenz. Der beobachtende Arzt, den die Frau wegen der kongenitalen Lues des Kindes wahrscheinlich aufgesucht hätte, macht die WR auch bei der Frau — negativ! Die Frau hat natürlich auch ihr vor der Geburt gehabtes Exanthem übersehen — also Ehrenrettung des Collesschen Gesetzes, das, obwohl nun fast 100 Jahre alt, doch noch immer in unserer aufgeklärten syphilidologischen Literatur herumspukt. So kann oder könnte wenigstens ein solcher Fall Verwirrung stiften. Ähnliche Fälle von Collesmüttern mit negativer WR konnte v. Váro (15) entlarven, da bei ihnen die SGR positiv war.

Meistens werden allerdings, wie auch zum Teil in meinem Fall, die SGR und MR, da sie auf den gleichen Prinzipien beruhen, auch gleich fehlerhaft anzeigen. Indessen wird man stets auch diese Reaktionen anstellen müssen. Sehr wichtig erscheint mir hier, besonders bei tertiärer und kongenitaler Lues, die Heranziehung der Luetinreaktion (Luetin Busson), die als Kutireaktion gegen abgetötete Spirochätenkulturen auf völlig anderen Prinzipien beruht. Sie war z. B. bei einer Frau mit 38jähriger Lues und typischem nierenförmigem Ulcus cruris gummosum stark positiv, während die WR, 4 mal im Laufe der Behandlung bis zur Abheilung untersucht, stets gleich negativ ausfiel.

Ebenso ist die WR öfters bei Lues congenita in den ersten Tagen oder Wochen nach der Geburt oder sonstwie unregelmäßig [Jakobsthal (16), Rietschel (17)]. Auch Alkoholgenuß soll eine positive WR in eine negative verwandeln können [Cray und Nichols (18), Boas (19), Wallenstein (20)]. Werther (21) teilte mit, daß nach einer Angina follicularis eine vorher stark positive WR trotz Aussetzen der Salvarsanbehandlung negativ wurde. Dasselbe ist auch bei Influenza [Spillmann und Lamy (22)], Rubeola [Teissier (23)], sowie bei Urämie beobachtet worden.

Ähnliches wie für die negative WR im Blut, gilt für die WR im Liquor. Auch hier muß nach Gennerich (24) (S. 95) „es stets der Erfahrung des klinischen Beurteilers überlassen bleiben, ob er den Ausfall einer einzelnen Reaktion anzuerkennen vermag oder nicht." Im allgemeinen gilt aber die Liquoruntersuchung — nicht nur bei Verdacht auf Hirnhaut- oder Nervenlues — zuverlässiger als die Blut-WR, und Eskuchen (25) fand, daß 34% der Fälle von Lues des Zentralnervensystems seronegativ und liquorpositiv (WR) sind. Ähnliche Zahlen geben Fuchs (26) und Jacobsthal (16) (30—40%). Gennerich (24) sieht die WR als die wichtigste Liquorreaktion an. Viele nicht zum klinischen Bilde passenden Blut-WR-Resultate klären sich durch die Liquor-WR auf.

Daß auch die WR im Liquor negativ sein kann neben negativer Blut-WR und der Kranke doch noch syphilitisches Gift in sich birgt — Meningitis syphilitica, Lues cerebrospinalis, Tabes, Paralyse —, betont Nonne (27) in seinem Lehrbuch (z. B. S. 141 und S. 177). Das beweist auch Lereddes (28) Fall, bei dem nicht nur die WR, sondern auch die MR und SGR im Blut und Liquor negativ waren. Nur die Hecht-Jacobsthalsche Reaktion zeigte nach 2 Salvarsankuren positiven Ausfall. Ferner Gennerichs (24) Fall (S. 102): Lues II vor 19 Jahren, seitdem klinisch und seit 7 Jahren serologisch nie Erscheinungen. Die Liquor-WR war nur bei 1 ccm der Hauptmannschen Auswertung positiv, und doch erfolgte $^1/_2$ Jahr später der Ausbruch der Paralyse. Nonne (27) weist in seinem Buch (S. 172) auch darauf hin, daß bei Kongenitalsyphilitischen mit Tabes und Paralyse nicht nur die Liquor-WR, sondern sogar alle „4 Reaktionen" negativ sein können, manchmal auch nur der Liquor bei positiver Seroreaktion.

Dennoch dürfte immerhin gleichzeitige Vornahme von Blut- und Liquor-WR die Fehlerquellen der WR weitgehend herabdrücken.

Nicht so häufig wie eine negative WR bei bestehender Lues erhält man eine positive WR bei sicher nicht vorhandener Lues. Selbstverständlich darf man sich hier nicht durch eine positive WR bei einem Kranken mit einer klinisch sicheren anderen Krankheit, z. B. Hauttuberkulose, täuschen lassen: klinisches Wissen und WR können recht haben, wenn es sich z. B. um Hauttuberkulose bei einem Latentsyphilitiker

Digitized by Google

handelt. Solche Vorkommnisse muß man unbedingt ausschließen, ehe man von einer paradoxen Reaktion in positivem Sinne reden darf. Zieler (4) warnt, allein auf eine einmalige positive WR die Diagnose Lues zu stellen, Lass (29) verlangt immer eine Wiederholung der Reaktion bei positivem Ausfall. C. Bruck (30), der Miterfinder der WR, tritt zwar für die fast absolute Richtigkeit der WR ein (nur 59 falsche positive Ausfälle unter 14409 Seren!), Stern (31) dagegen findet bei positiver WR eine Fehlerquelle von 2%. Ähnlich Duke (32) und Smith (33). Spiethoff (34) will sogar beobachtet haben, daß der Ausfall der Blut-WR innerhalb eines Tageslaufs schwanken kann.

Schubert (35) gibt als Ursache für die paradoxe WR die chemische Beschaffenheit der Sera an. Die Hemmungskörper seien Komplexe aus verschiedenen Eiweißspaltlingen.

Positive WR wurde beobachtet bei Framboësie, Malaria, Schlafkrankheit, Aleppobeule, Lepra [6% der Fälle, Stern (31)], Kala-Azar [2%, Igengar (36)], Pest, Sodoku, Flecktyphus, Rückfallfieber, Pellagra, Beri-beri, Tuberkulose (besonders im Endstadium), Pocken, Erythem. exs. multif., Scharlach, Psoriasis, Pemphigus, Diabetes mellitus, Influenza, Grippeenzephalitis, Erythem induratum, Hauttuberkuliden, Lupus erythematodes, Staphylokokkensepsis, im Endstadium der Bantischen Krankheit, nach Einnahme von Digitalis, sowie nach der Chloroformnarkose. Roubinowitsch und Levaditi (37) fanden positive WR bei Dementia praecox und anderen nichtsyphilitischen Geisteskrankheiten, Schottmüller (38) bei spinaler Kinderlähmung. Die WR kann ferner positiv sein bei Eklampsie, Gravidität, sowie im Armvenenblut, das während der Menses entnommen wird, ferner bei malignen Geschwülsten, besonders bei Krebskachexie. Hierzu weist Milian (39) zur Ehrenrettung der WR darauf hin, daß ein Karzinom sehr häufig bei einer Leukoplakie oder einer anderen nichtsyphilitischen Veränderung vorkomme, und so zeige die WR nicht den Tumor, sondern die alte Lues an. Auch bei Ulcus molle kann die WR, besonders bei Einhergehen von Bubonen, positiv sein [nach Cohen (40) in 8%]. Auch beim Ulcus gangraenosum, dessen Ätiologie wahrscheinlich nicht einheitlich ist — in zahlreichen Fällen sind fusiforme Stäbchen und Spirillen die Erreger —, fanden Stümpke (41) und Vollmer (42) positive WR, ohne daß eine Lues angenommen werden konnte (letzterer in 21% der Fälle).

Die Zahl der Krankheiten, die positive WR haben können, ist also groß. Ich möchte auf 2 weitere Krankheiten hinweisen, bei denen, soweit ich die Literatur überschaue, noch nie eine positive WR gefunden wurde: die Pityriasis rosea und die Angina Plaut(-Vincent).

I. 1. J. Sch., ♂, 24 Jahre, kommt am 21. XII. 1926 mit mäßig juckendem, seit einigen Tagen bestehendem Ausschlag. Befund: Typische, auf den Stamm beschränkte Pityriasis rosea. Primärplaque unterhalb des rechten Schlüsselbeins. Luische Infektion geleugnet. Frau und Kind angeblich gesund. Therapie: Zinkpuder. 22. XII. WR deutlich positiv. Spir. pall.: negativ. 30. XII. Pityriasis abgeblaßt. Frau Sch., gravida mens VIII, ohne manifeste Erscheinungen für Lues. WR negativ. 5. I 1927 Pityriasis fast verschwunden. Erneute WR negativ.

2. Einen ähnlichen Fall beobachtete meine Frau, Dr. Lisbeth Mühlpfordt:

L. D., ♀, 26 Jahre, kommt am 23. II. 1924 wegen eines bereits im Abblassen begriffenen, aber immer noch juckenden Ausschlages. Klinische Diagnose: Pityriasis rosea. Primärinfekt nicht mehr sichtbar, aber von Pat. selbst beobachtet. Therapie: Zinktrockenpinselung. 24. III. (!) WR zweifelhaft. Keine antisyphilitische Behandlung. I. IV. WR negativ. Pityriasis abgeheilt. Fast 2 Jahre später kommt Pat. mit frischem seronegativem Primäraffekt (Spir. pall. ++++). Ich erwähne dies als Beweis dafür, daß die Pat. zur Zeit ihrer Pityriasis rosea sicher frei von Lues war.

II. H. B., ♂, 22 Jahre, hatte eine Angina Plautii, die klinisch, mikroskopisch und ex juvantibus gesichert war. Nach fast vollendeter Heilung Blutentnahme: WR ++ (deutlich positiv). Keine Erscheinungen für erworbene oder angeborene Lues. Eine erneute Blutuntersuchung 4 Wochen später ergibt: WR zweifelhaft, anscheinend negativ, SGR negativ. Eine dritte Blutuntersuchung wiederum 4 Wochen später ergibt WR negativ.

Bruck (30) erwähnt diese Erkrankung nicht unter den gelegentlich von positiver WR begleiteten Krankheiten. Zwar hat Much (43) einen Fall von positiver WR bei Angina Plautii beschrieben, doch hatte dieser Kranke im Gegensatz zu meinem Fall gleichzeitig eine auch klinisch gesicherte Lues. Brüggemann (44) und Dulière (45) sahen hier nie eine positive WR; Beck und Kerl (46) weisen nur auf die Unzuverlässigkeit der negativen WR gegen Lues hin, während eine positive WR bei syphilisfreien Kranken mit Angina necrotica nicht erwähnt wird.

Digitized by Google

Wenn bei Ulcus gangraenosum die WR in 21% der Fälle (siehe oben Vollmer) positiv ist, so wäre es gar nicht so ausgeschlossen, daß, wenn man nur darauf achtet, auch bei der Angina Plautii schon wegen der möglichen Gleichheit der Erreger häufiger positive WR beobachtet wird.

Vielleicht regen diese 3 Fälle eine Nachprüfung an großem Material an. —

Was für die irrtümlich positive WR im Blut gilt, behält auch für die WR im Liquor seine Gültigkeit.

F. S., ♀, syphilitische Ansteckung 1924. Frühsekundäre Lues. WR ++++. Nach intensiver erster Kur Blut-WR negativ, vor und nach der zweiten und dritten Kur ebenfalls negativ. Dann während 2 Jahren nie Erscheinungen von Lues; WR im Blut 9mal negativ, einmal zweifelhaft, als das Blut während der Menses entnommen wurde. 10. IX. 1926 Lumbalpunktion: Liquor wasserklar, Nonne-Phase I negativ, Boltzprobe negativ; WR aktiv negativ, inaktiv schwach positiv. Keinerlei Therapie. 5. XII. Lumbalpunktion: Liquor wasserhell, Phase I negativ, Bolzprobe negativ, WR aktiv 0,05—0,25 negativ.

Hierzu sei bemerkt, daß Förtig (47) der Ansicht ist, daß Unterschiede im Ausfall der WR bei aktiver und inaktiver Untersuchung hauptsächlich bei Frühsyphilis vorkommen, und zwar reagiere der inaktivierte Liquor schwächer und häufiger positiv als der aktive. Die Einführung des Inaktivierens in die Liquorwassermannuntersuchung erfolgte dagegen doch gerade, um unspezifisch-positive Reaktionen (bei Hirntumor, multipler Sklerose, Enzephalitis, Tuberkulose) auszuschalten.

Wir sehen also die WR in Blut und Liquor negativ, wo eine sichere Syphilis vorhanden ist und im Blut und Liquor positiv, wo sicher keine Lues vorliegt. Wenn beide Vorkommnisse, besonders das letztere, auch nicht eben häufig sind, so müssen sie uns unbedingt dazu veranlassen, was Buschke (7) schon seit Jahren betont, der WR nicht blind zu vertrauen, sondern sie als öfters unzuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel zu bewerten. Niemals darf man einen sicheren klinischen oder mikroskopischen Befund durch eine andersausfallende WR beugen lassen.

Mein ehemaliger Mitassistent an der Charité, Herr Generaloberarzt Weineck, machte eine Beobachtung, die ich in der Literatur nirgends gefunden habe. W. sah in solchen Fällen von Lues, in denen die WR schwer und langsam negativ wurde, die negative Phase beständig und serologische Rezidive selten, während diejenigen Kranken, die schon nach wenigen Salvarsan- oder Hg-spritzen eine negative WR aufwiesen, auch sehr bald nach der Kur wieder stark positiv reagierten. Ich habe seitdem darauf geachtet und diese Beobachtung Weinecks bestätigt gefunden. Je langsamer der Körper also Antikörper bildet, um so nachhaltiger und gründlicher tut er es, während schnell produzierte Antikörper offenbar ein baldiges Erschlaffen des Körpers nach sich ziehen.

Ich habe mich schon oft gewundert, wie auch sehr tüchtige Fachkollegen durchaus den Ehrgeiz haben, wie bei der Frühsyphilis, so auch bei der Spätsyphilis die positive WR durch die Behandlung unter allen Umständen negativ zu bekommen. Dabei sollten doch schon die vielen, jedem Syphilidologen bekannten Fälle von tertiärer oder spätlatenter Lues gegen diese Absicht sprechen, bei denen nach der Kur die WR stärker positiv geworden ist, als sie vorher war. Dieses Resultat, das freilich die Kranken oft seelisch sehr bedrückt, wäre ja nach der kurzsichtigen Auffassung, nach der eine positive WR stets „schlecht" ist, ein unerhörter therapeutischer Mißerfolg, und noch dazu mit denselben Heilmitteln, die im Sekundärstadium erstaunliche Erfolge zeitigen! Nein, der Fehler liegt da nicht an der Behandlung, sondern an der Auffassung. Lues II und III, Früh- und Spätsyphilis, sind eben zwei ganz verschiedene Dinge. Ein Unbefangener, z. B. auch ein junger Medizinstudent, würde gar nicht darauf kommen, daß eine Roseola und ein Tibiaknochengummi Erscheinungen derselben Krankheit sind. Aber nicht nur klinisch, auch histologisch besteht zwischen dem Bild einer Papel und eines Gummis kaum welche Übereinstimmung. Das zweite Stadium der Syphilis ist die Zeitspanne massenhafter Spirochätenaussaat, während im Spätstadium nur spärliche Pallidae vorhanden sind.

Mit welchem Recht dürfen wir bei dieser Verschiedenheit im klinischen und histologischen Bilde und im Krankheitsverlauf annehmen, daß serologisch beide — oft durch Jahrzehnte getrennte — Stadien analog verlaufen? Vielmehr ist ganz zwanglos anzunehmen, daß da, wo viele Spirochäten vorhanden sind (Lues II), auch viele Abwehrstoffe entstehen, wo aber wenige und sehr wenige Spirochäten vorhanden sind (Lues III), wenig oder keine Antikörper mehr gebildet werden. Es besteht auch hier die im Körper immer wieder und an allen Geweben zu beobachtende Wechselwirkung von Reiz und

Digitized by Google

Gegenreiz, wobei ich nur nebenbei an die gewaltige Rolle, die Bier (48) dem Reiz zuschreibt, erinnern will. Weil also die Antikörper fehlen, und weil ohne Antikörper keine positive WR zustande kommt, deshalb haben wir so oft bei Spätlues eine negative WR.

Mir scheint daher, daß eine spätlatente oder tertiäre oder ältere kongenitale Lues mit dauernd negativer WR prognostisch viel ungünstiger zu beurteilen ist als ein gleicher Fall mit nur zeitweise negativer oder dauernd positiver WR. Natürlich würde, wofern man die WR nicht als Immunitätsreaktion auffassen will (siehe unten), eine ausgeheilte tertiäre Lues negative WR haben müssen, aber wer kann darauf rechnen, eine 10, 20, 30 Jahre bestehende Lues ausheilen zu können? Wohl kommt es vor, aber wir Ärzte können es doch in einem bestimmten Fall nie voraus wissen, daß wir das fertig bringen. Und wenn wir es auch 10mal geglaubt haben, so haben wir uns $9^1/_2$mal doch geirrt. Deshalb ist meines Erachtens eine wassermann-positive Lues III stets günstiger zu beurteilen als eine wassermann-negative, denn bei der ersteren weiß man wenigstens, daß man in dem Körper einen Verbündeten gegen das Syphilisgift hat, während im letzteren die Körperkraft bereits erlahmt ist.

Das gilt auch für kongenitalsyphilitische Kinder. Kürzlich sah ich ein 2jähriges derartiges Kind mit spätsekundären Hauterscheinungen. Es hatte die Größe eines dreivierteljährigen und konnte weder sprechen noch stehen. Seine WR war negativ und nur vorübergehend deutlich positiv, während man bei kräftigen kongenitalsyphilitischen Kindern bekanntlich oft jahrelang als Zeichen des erbitterten Kampfes eine stark positive WR findet.

Mich dünkt, es ist schon ein schöner Erfolg, wenn es durch eine Kur glückt, den Körper soweit aufzustacheln, daß er dauernd eine Polizeitruppe gegen seine gefährlichen Feinde unter Waffen hält. Manchmal gelingt dies schon — wenigstens vorübergehend — durch eine einzige Salvarsaninjektion, worauf das Gennerichsche Provokationsverfahren beruht.

Ich sage den spätsyphilitischen Patienten, bei denen nach einer energischen Kur die vorher negative WR stark positiv geworden ist, stets, daß das eine Besserung bedeute. Ich habe seit fast 5 Jahren ein Mädchen mit nunmehr 13 Jahre alter Syphilis in Behandlung, dessen Blut-WR in zahlreichen Untersuchungen stets ++++ bis + reagierte (bei dauernd negativer Liquor-WR). Sie hat, obwohl ich sie nicht mehr behandele, niemals mehr syphilitische Erscheinungen bekommen und fühlt sich körperlich sehr wohl. Ich stelle für diese Patientin die Prognose unvergleichlich viel günstiger als für die oben erwähnte Kranke mit der 38 Jahre alten Lues und — trotz Behandlung mit Jod, Salvarsan, Kalomel und Wismut — dauernd negativer WR. Diese Kranke, deren Ulcus cruris gummosum auch sehr schwer und langsam heilte, ist meines Erachtens, da sie nicht vom Körper gebildete Antikörper besitzt, jeder neuen Regung ihrer Lues schutzlos ausgesetzt.

Wenn es richtig ist, daß das Salvarsan auf die positive WR besonders gut wirkt, wie Brocq (49) behauptet, dann würde es nicht richtig sein, solche Spätfälle, wie die soeben geschilderten, mit Salvarsan zu behandeln. Vielmehr müßte man dann bei der Spätlues den „über die Zellen wirkenden" [was der Erfinder des Germanin, W. Rohl (50), interessanterweise neuerdings bestreitet] Medikamenten Bi und Hg den Vorzug geben. Höchstens könnte man von den Salvarsanen noch Neosilbersalvarsan, möglichst mit Jodkur zusammen, versuchen. Das Salvarsan ist eben, wie ich (51) schon 1922 schrieb, das Mittel der Frühlues, und bei ihr Versäumtes läßt sich später mit dem Salvarsan nicht mehr einholen. Die erste Kur ist bei der Therapie der Syphilis meist die ausschlaggebende.

Wenn man auch eine dauernd positive Spätsyphilis nicht ad infinitum behandeln wird, so muß man das meines Erachtens doch, wenn gleichzeitig der Liquor positiv reagiert. Nach Arzt und Fuhs (32) ist dies bei tertiärer Haut- und Schleimhautlues in 48% der Fall. Dann ist hinsichtlich einer Erkrankung des Zentralnervensystems Gefahr im Verzuge. Man wird dann oft erleben, daß unter energischer Behandlung der Liquor negativ wird, das Blut aber stark positiv bleibt. Oder man hat häufig sogar, z. B. bei Tabes positiven Liquorwassermann, bei negativer Seroreaktion. Intensive Kuren können dann erreichen, daß das Lumbalpunktat negativ wird, das Blut aber stark positiv. Energische Behandlung kann also die Antikörperbildung im ganzen Körper so erheblich anregen, daß die Meningen bzw. das Zentralnervensystem entlastet werden. Ob dies gleichzeitig mit einem Rückgang der Spirochäten in den Meningen und in der Nervensubstanz einhergeht, läßt sich schwerlich beweisen, erscheint mir aber wahrscheinlich. Gennerich (24) schreibt darüber (S. 99): „Höhere Wassermannwerte (im Liquor) kommen

Digitized by Google

erst bei fortgeschrittenen meningealen Prozessen zustande, und zwar durch den Zerfall der syphilitischen Infiltration und bei Ausschwemmung der syphilitischen Zerfallsprodukte in den Liquor . . . Die Hauptmasse des Zerfalls wird durch die Lymphbahnen ins Blut abgeführt. Es erscheint dann wieder hartnäckig positive WR im Blut; selbst Spirochäten können auf diese Weise wieder in den Kreislauf gelangen. Sie sind aber bei dem Immunzustand der übrigen Gewebe nicht mehr in der Lage, festen Boden zu fassen."

Das gleiche wie für den Liquor gilt für Neurorezidive, die bekanntlich fast immer negativ reagieren, da sie streng örtlich abgekapselte Herde darstellen, bei denen allgemeine Antikörperbildung vollständig fehlt.

Ist nun die WR eine Immunitätsreaktion? Diese Frage bejahen, heißt, solche Syphilitiker — oder richtiger müßte man dann sagen: ehemaligen Syphilitiker —, die jahrelang erscheinungsfrei sind, aber unentwegt wassermann-positiv reagieren, für gesund zu erklären, denn eine durch Krankheit erworbene Immunität kann bekanntlich lange, sogar ein Menschenleben lang anhalten (Pocken, Masern!). Ich möchte aber mit der Mehrheit der Syphilidologen glauben, daß die positive WR stets ihre Ursache in irgendwo im Körper noch vorhandenen Spirochätenherden hat, also eine noch aktive Lues beweist. Denn andernfalls müßten diejenigen Lues-II-Fälle, die sicher ausgeheilt wurden und sich später zum zweitenmal neu infizierten, zwischen Ausheilung und Reinfektion — wenigstens zum Teil — noch positive WR zeigen, was aber nie beobachtet wurde!

Diese rein theoretisch erscheinende Frage hat praktisch eine sehr große Bedeutung, nämlich bei den schwierigen Fragen: Wer ist als ansteckend zu bezeichnen? Welche Frau darf Amme sein? Welchen Ehekandidaten darf der Arzt die Heiratslizenz geben? Und welche Frau darf auf gesunde Kinder rechnen?

Mit Rücksicht auf das endlich angenommene Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten werden sich auch die deutschen Dermatologen und praktischen Ärzte mit diesen Fragen mehr beschäftigen müssen.

Unter den oben aufgeworfenen Fragen löste die erste, welcher Syphilitiker ohne manifeste Erscheinungen als ansteckend zu bezeichnen sei, unter französischen Syphilidologen eine lebhafte Erörterung aus. Bizard und Jolivet (53) teilten mit, daß eine Prostituierte, die jahrelang oft untersucht war und niemals syphilitische Erscheinungen erworbener oder angeborener Lues gehabt hatte, einen Mann luisch infiziert hatte. Die erst daraufhin vorgenommene WR war ++++. Ist also ein Syphilitiker, der frei von jeder Erscheinung ist, aber positive WR hat, fähig, Gesunde gelegentlich oder regelmäßig anzustecken? Pautrier (54) hält ihn praktisch für nicht infektiös und will den mitgeteilten Fall nur als große Ausnahme gewertet wissen, während Milian (55) der bemerkenswerten Meinung ist, daß es charakteristischer Erscheinungen nicht bedürfe, um anzustecken, denn schon durch banale Erosionen, z. B. einen Herpes, ja, durch Hautporen könne der wassermann-positive Luiker Spirochäten ausscheiden und so infizieren. Ja, Milian geht noch weiter: er meint, auf dieselbe Weise könne sogar ein wassermann-negativer Luiker anstecken! Wassermann selbst hatte bekanntlich erklärt, daß ein Mensch, der als einziges syphilitisches Symptom eine positive Seroreaktion zeigt, als infektiös anzusehen sei. G. Löwenstein (56) dagegen glaubt, eine positive Reaktion sei an sich kein Grund, eine Bezirkshebamme nicht anzustellen, da sie kein Beweis für ansteckende Lues sei. Zieler (4) schreibt (S. 63): „Zwar bedeutet der positive Ausfall nicht Ansteckungsfähigkeit. Diese ist aber zu befürchten, da bei den meist jugendlichen Personen die Ansteckung wohl nie allzu lange zurückliegen wird."

Mir scheint die Bemerkung Milians, so sehr sie zunächst auch über das Ziel hinauszuschießen scheint, in ihrem ersten Teil deshalb besonders bemerkenswert, weil Frühwald (57) auf anscheinend gesunder Haut durch Kantharidenblasen erzeugte und in diesen Spirochäten nachwies. Meines Erachtens ist das ganze Problem weniger eine Frage der Infektionsmöglichkeit bei positiver oder negativer WR, sondern sie ist meines Erachtens vielmehr von dem Alter der Infektion, d. h. von dem Stadium der betreffenden Lues abhängig. Wahrscheinlich ist die Bizard und Jolivetsche Prostituierte ein (spät-?) sekundärer Luesfall gewesen, während Spätlues und Metalues nicht mehr infektiös sind, auch bei positiver WR! Von wassermann-positiven Paralytikern und Tabetikern ist dies ja so bekannt, das Leredde (58) sagte: „Ein Mann mit fehlenden Patellarreflexen und Pupillendifferenz kann ein vortrefflicher Ehemann sein."

An großem Material wäre meines Erachtens diese Frage leicht zu lösen: Man braucht nur die Frühwaldschen Versuche (57) auf wassermann-positive Spätsyphilitiker auszudehnen. Fände man dann in den Kantharidenblasen solcher alten Syphilitiker Pallidae, so würde Milian recht haben, und jeder erscheinungsfreie wassermann-positive

Digitized by Google

Luiker wäre als infektionsgefährlich anzusprechen und müßte andauernd behandelt werden. Ich glaube, diese Untersuchungen würden aber im Stadium der Spätlatenz und Metalues negativ, im Stadium der Frühlatenz positiv ausfallen. Auch hier würde man voraussichtlich wieder die oben betonte völlige Verschiedenheit der Krankheitsbilder Lues II und III erkennen. Das gleiche gilt für die Infektiosität „sekundärer" oder „tertiärer" Lues congenita.

Die zweite Frage, welche Frau darf Amme sein, ist meines Erachtens so zu beantworten, daß jede nur irgend mögliche Sicherheit für das zu nährende Kind gewährleistet ist. Selbst wenn sich auf dem oben empfohlenen Wege die spätlatente Lues mit positiver oder negativer WR als nichtinfektiös herausstellen sollte, wird man zur Sicherheit solche Ammen ablehnen müssen. Ein negativer Spirochätenbefund in der Ammenmilch genügt keinesfalls! Ebenfalls ist aus Sicherheitsgründen meines Erachtens zu fordern, daß die WR nicht nur bei der Amme, sondern auch bei deren Kind angestellt wird, eine Forderung, die ich in Lehrbüchern stets vermisse. E. Hoffmann und F. Blumenthal (59) fordern mit Recht die Blutuntersuchung auch bei Kindermädchen. Wenn es auch praktisch viel seltener vorkommt, so hätte das gleiche für Leute zu gelten, die ihr Blut für andere zu Heilzwecken zur Verfügung stellten. Auch die kürzlich (60) aufgeworfene Frage, ob ein wassermann-positiver Arzt blutige Operationen ausführen darf, gehört hierher. Von Zumbusch bejahte sie für latente, alte, behandelte Lues, verneinte sie für frühe Lues auch dann, wenn die Hände frei von floriden Erscheinungen waren.

Die dritte und vierte Frage, welchem Ehekandidaten kann der Arzt die Heiratserlaubnis geben, und welche Frau darf auf gesunde Kinder rechnen, möchte ich zusammen erörtern. In Anbetracht der Unzuverlässigkeit der negativen WR muß der Arzt meines Erachtens, ehe er die Heiratserlaubnis gibt, sich auf mindestens 12 negative Blutresultate bei genügend langer Beobachtungszeit (3 Jahre nach der letzten Kur), auf wenigstens eine negative Liquoruntersuchung und negative WR nach Provokation (Neosalvarsan Dosis V beim Mann, Dosis IV bei der Frau) stützen können, um die Bürgschaft für gesunde Kinder übernehmen zu können.

Wie ist es nun bei spätsyphilitischen wassermann-negativen Männern? Da die Lues III nicht ansteckend ist, wird man meines Erachtens hier eine Heirat und Kinderzeugung verantworten können, auch ohne sicher zu sein, die Lues geheilt zu haben. Kennt doch jeder Syphilidologe alte Syphilitiker, die gesunde Kinder gezeugt haben! Immerhin untersuche ich in solchen Fällen mehrfach den Samen auf Spirochäten im Dunkelfeld. Mulzer (61) fordert hier sogar Samenimpfung und Blutimpfungen. Wenn der betreffende Heiratskandidat aber einmal eine Orchitis oder Prostatitis syphilitica gehabt hat, so muß man ihm eine Heirat — selbst ohne positiven Spirochätenbefund im Samen — verbieten.

Der spätsyphilitischen wassermann-negativen Frau wird man wohl die Heirat, aber nicht das Kindergebären gestatten können, denn es ist die Gefahr doch zu naheliegend, daß durch die großen Umwälzungen, die eine Schwangerschaft im weiblichen Körper hervorruft, irgendwo etwa noch vorhandene Spirochätennester aufgerührt und in die Plazenta ausgeschwemmt werden. Hier scheint mir auch die z. B. von Boas (62) geforderte Präventivkur während der Schwangerschaft keinen genügenden Schutz zu bieten, um etwa unter ihrer Bedingung die Verantwortung für gesunde Kinder dem beratenden Syphilidologen tragbar zu machen.

Ich möchte, bis ein anderes Resultat der von mir oben angeregten Reihenuntersuchungen als das von mir erwartete mich eines Besseren belehrt, auch für Mann und Frau eine Heiratslizenz erteilen, wenn es sich um spätsyphilitische, gründlich behandelte, erscheinungsfreie, wassermann-positive, durch keine Therapie seronegativ zu bekommende Ehekandidaten handelt, wenn nur ihr Liquor negativ ist. Beiden würde ich aber im Gegensatz zu der französischen Auffassung (62) Kinderzeugung untersagen. Gibt man jedoch nicht die einfache Eheerlaubnis, so würde die Wassermannphobie solcher Leute sich so steigern, daß sie nie ihres Lebens froh werden. Zwar soll es nach Rietschel (14) gar nicht so selten sein, daß wassermann-positive Frauen sicher und dauernd gesunde Kinder bekommen, immerhin wird man hierauf nie rechnen und dies niemals verbürgen können.

Positiver Liquor ist meines Erachtens unter allen Umständen Grund genug, eine Heirat zu verbieten, während Finger, Leredde, Thibierge, Strandberg, Boas hier eine Heirat, wie beim positiven Blutwassermann, gestatten wollen. Ich begreife diesen Standpunkt nicht, da meines Erachtens eine Ehe mit einem Mann, der jeden Tag eine Tabes und Paralyse bekommen kann, unter allen Umständen unerwünscht ist.

Digitized by Google

Bei Kongenitalsyphilitischen ist die Entscheidung noch schwieriger. Ein solcher Mann wird ja in der Regel die Frau nicht anstecken, obwohl PINARD (63) darauf hinweist, daß er Fälle gesehen hat, wo ein Kongenitalsyphilitischer durch seinen Samen tiefe Infektionen der Frau hervorgerufen hat. Deshalb muß man auch hier mehrfach die Samenuntersuchung auf Pallidae im Dunkelfeld oder mit meiner Viktoriablau-4-R-Färbung vornehmen. Bei außerdem dauernd negativer WR im Blut und Liquor wird man dann eine Heirat und eine Kinderzeugung verantworten können. Zu verbieten ist die Fortpflanzung aber unbedingt der kongenitalsyphilitischen Frau, da Fälle genug bekannt sind, in denen die Kinder syphilitisch bis ins zweite und dritte Glied wurden. Ich erwähne nur die beiden Fälle von JESSNER (64) und CZICKELI (65), bei denen die Großmütter syphilitisch, die Mütter und die Kinder kongenitalsyphilitisch waren, während die Väter gesund waren. Dagegen könnte eine kinderlose Ehe einer Kongenitalsyphilitischen allenfalls gestattet werden, wenn nicht die Gefahr so nahe läge, daß die Menschen derartige Einschränkungen einer Erlaubnis bald oder im Laufe der Zeit in den Wind schlagen würden.

Literatur

1. HENRY SCHWERS, Ref. Zbl., Bd. 6, S. 108. — 2. E. R. PALMER, The Urologic. a. Cut. Rev., 1926, S. 11. — 3. J. KYRLE, Über den Stand der Lehre von der Pathologie und Therapie der Syphilis. Leipzig 1922. — 4. ZIELER, Die Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1922. — 5. W. ENGELHARDT, Kl. W., 1922, Bd. 1, Nr. 35. — 6. F. LESSER, Sitzg. d. Berl. Derm. Ges., 1922. Notiz d. Verf. — 7. A. BUSCHKE, Abschnitt Syphilis im Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von RIECKE. Jena 1912. — 8. O. JERSILD, Ref. Zbl., Bd. 10, S. 348. — 9. RUGE, Kl. W., 1924, Bd. 3, Nr. 34, S. 1540. — 10. B. SPORACIO, Ref. Zbl., 18, S. 607. — 11. CL. SIMON, Ref. Zbl., Bd. 19, S. 684. — 12. H. MÜHLPFORDT, Eine neue Schnellfärbung der Spir. pall. Nordostd. Derm. Ges. Königsberg, 25. XI. 1923. — Derm. W., 1924, Nr. 32, S. 921. — Derm. W., 1925, Nr. 10. — Zur Chromolyse der Spir. pall. Derm. W., 1925, Nr. 42, S. 1531. — 13. W. ENGELHARDT, Derm. W., 1927, Nr. 10. — 14. H. MÜHLPFORDT, Das Problem der Salvarsanwirkung im Körper auf die Syphilisspirochäten, von einer neuen Seite betrachtet. Derm. W., 1924, Nr. 42b, S. 1262. — 15. BÉLA von VÁRO, W. Kl., 1923, Bd. 36, Nr. 19. — 16. E. JACOBSTHAL in MEIROWSKY und PINCUS, Die Syphilis. Berlin 1923, S. 468. — 17. H. RIETSCHEL in Bd. 19, Kongenitale Syphilis des Handbuches der Haut- und Geschlechtskrankheiten. Berlin 1927. — 18. CRAIG und NICHOLS, Zit. nach 30. — 19. HARALD BOAS, Die WR mit besonderer Berücksichtigung ihrer klinischen Verwertbarkeit. Berlin 1922. — 20. S. WALLENSTEIN, Ref. Zbl., Bd. 7, S. 206. — 21. WERTHER, Koinfektion bei Syphilis. Ver. Dresdner Derm. Sitz. vom 4. III. 1926. — 22. SPILLMANN und LAMY, Zit. nach 19. — 23. TEISSIER, Zit. nach 19. — 24. W. GENNERICH, Die Syphilis des Zentralnervensystems. Berlin 1922. — 25. K. ESKUCHEN, M. m. W., 1923, Nr. 17. — 26. L. FUCHS, D. Zschr. f. Nervenhlk., 1922, Bd. 75, H. 1—3, S. 70. — 27. MAX NONNE, Syphilis und Nervensystem. Berlin 1924. — 28. LEREDDE, Ref. Zbl., Bd. 12, S. 56. — 29. D. LASS, Ref. Zbl., Bd. 21, Nr. 11/12, S. 744. — 30. C. BRUCK, JACOBSTHAL, KAFKA und ZEISSLER, Handbuch der Serodiagnose der Syphilis. Berlin 1924. — 31. STERN, Derm. W., 1924, Nr. 2, S. 41. — 32. W. DUKE, Ref. Zbl., Bd. 7, S. 506. — 33. C. M. SMITH, Ref. Zbl., Bd. 10, S. 383. — 34. SPIETHOFF, M. m. W., 1922, Nr. 41, S. 1453. — 35. J. SCHUBERT, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 143, S. 1—2. — 36. K. R. IYENGAR, Ref. Zbl., Bd. 11, S. 63. — 37. ROUBINOWITSCH und LEVADITI, Zit. nach 19. — 38. SCHOTTMÜLLER, Zit. nach 19. — 39. MILIAN, Ref. Zbl., Bd. 15, S. 88. — 40. D. E. COHEN, Ref. Zbl., Bd. 6, S. 108. — 41. G. STÜMPKE, Vorübergehende positive WR bei Leistendrüsenentzündung und nichtspezifischen Ulzerationen. M. Kl., 1916, S. 6. — 42. G. VOLLMER, Derm. W., 1926, Nr. 30, S. 1017. — 43. MUCH, Zit. nach 19. — 44. A. BRÜGGEMANN, M. m. W., 1920, Nr. 27, S. 77. — 45. A. DULIÈRE, Ref. Zbl., Bd. 8, S. 49. — 46. BECK und KERL, Die Angina necrotica. Wien und Leipzig 1924. — 47. H. FÖRTIG, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, H. 2, S. 246. — 48. A. BIER in seinen Aufsätzen in der M. m. W., 1926. — 49. BROCQ, Ref. Zbl., Bd. 21, S. 501. — 50. W. ROEHL, D. m. W., 1926, S. 48. — 51. H. MÜHLPFORDT, Salvarsanunterdosierung. Derm. W., 1923, Nr. 26a, S. 615. — 52. ARZT und FUHS, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 148, Nr. 1. — 53. BIZARD und JOLIVET, Ref. Zbl., Bd. 17, Nr. 33, S. 778. — 54. PAUTRIER, Ref. Zbl., Bd. 17, Nr. 33, S. 778. — 55. MILIAN, Ref. Zbl., Bd. 17, Nr. 33, S. 778. — 56. G. LÖWENSTEIN, Derm. W., 1926, Nr. 2, S. 71. —

Digitized by Google

57. Frühwald, Spirochätenfunde an syphilisfreien Stellen der Haut. Derm. W., Bd. 75, Nr. 36, S. 878. — 58. Zit. nach 17. — 59. Zit. nach Fr. Blumenthal, Derm. Zschr., 1910, Nr. 17, S. 1 und 82. — 60. M. m. W., 1927, Nr. 6, S. 264. — 61. H. Mulzer, Die syphilitischen Erkrankungen der Allgemeinpraxis. München 1920. — 62. Abschnitt von H. Boas, S. 345ff. in 17. — 63. Pinard siehe unter 53. — 64. Jass[illegible], Kl., 1920, Nr. 16, S. 924 und 956. — 65. H. Czickeli, M. m. W., 1924, Nr. 42, S. [illegible].

PROPERTY OF DERMATOLOGICAL LABORATORIES REMOVED

Versammlungen

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona

Sitzung am 27. Februar 1927

Vorsitzender: Delbanco Schriftführer: Ritter

Unna jun., Carl: **Isolierter Tripper akzessorischer Gänge,** parallel der Raphe penis. Die 2—5 cm langen Gänge waren vom Patienten als Narbenstränge aufgefaßt worden, herrührend von einer in der Jugend durchgemachten Phimoseoperation. Kein Zusammenhang mit der Urethra, die Pat. nach dem Koitus desinfizierte.

Ritter berichtet über 10 Fälle von **Mikrosporie,** die mit Thalliumazetat epiliert worden sind nach der Methode von Buschke. 2 Fälle wurden unvollkommen epiliert, so daß Rezidive eintraten. Bei 2 Fällen ist das Haar nach einem Vierteljahr nur spärlich wiedergewachsen. Die Dauer der Kahlheit war ganz verschieden. Ritter betont im Gegensatz zu anderen Verff. die Sicherheit und Gefahrlosigkeit der Röntgenepilation.

Klingmüller: Wir bleiben vorläufig bei der Röntgenepilation nach Hans Meyer, an deren Ausarbeitung Ritter so wesentlichen Anteil hat.

Habermann: Das Verfahren wurde von Buschke hauptsächlich für Kinder unter 6 Jahren empfohlen, da bei diesen exakte Röntgendosierung wegen der Unruhe besonders schwierig ist.

Hahn empfiehlt ein Höhergehen mit der Thalliumdose.

Westphalen (Klinik Ritter): Fall von **lokalem Myxödem** an beiden Unterschenkeln. 40jähr. Pat. mit typischem Basedow. Im Frühjahr 1926 Auftreten von umschriebenen, sehr derben, scharf begrenzten, leicht bräunlich verfärbten Ödemen an beiden Unterschenkeln, die jeder Therapie trotzen. Der Fall weist große Ähnlichkeit auf mit einem von Arning 1897 im Archiv als Erythema perstans pseudoleprosum beschriebenen und entspricht genau dem in der Dermat. Wochenschr. 1927, H. 1 und 2, von Richter beschriebenen Fall.

Klingmüller spricht den Verdacht auf xanthomatöse Veränderung aus.

Arning kann sich nicht damit einverstanden erklären, daß sein Fall von 1897 und der vorgestellte identisch seien. Arnings Fall zeigt keine wesentliche Infiltration und chronische Verdickung der Kutis. Daher der Name Erythema perstans. Auch waren keine ausgesprochenen Basedow-Symptome vorhanden. A. schlägt vor, bei dem vorgestellten Falle eine Thyreoidin-Therapie zu versuchen.

Karrenberg: Es handelt sich um ein enormes Ödem, das sogar die Heilung per primam der Probe-Exzisionswunde verhinderte. Aus letzterer entleerte sich eine reichliche Menge Flüssigkeit.

Voelcker (Klinik Ritter): **Über den Gaswechselgrundumsatz bei ausgedehnteren Hauterkrankungen.** Bericht über 20 Fälle, bei denen sich eine Gruppierung der Zahlen für größere Krankheitsgruppen herausstellte. Alle mit einer lebhaften Durchblutung der Haut einhergehenden Erkrankungen oder solche, die mit einer starken Verdünnung der Haut einhergehen, zeigen einen Grundumsatz an der Obergrenze der Norm oder darüber hinaus. Alle mit einer Verdickung der Haut einhergehenden Leiden, sei es durch Hyperkeratosen oder Veränderungen in der Kutis, zeigen den Grundumsatz an der Untergrenze der Norm. Bei leichtem Wärmeverlust Steigerung des Grundumsatzes, bei Veränderung im Sinne einer besseren Isolierung eine Herabsetzung. (Die Untersuchungen werden fortgesetzt und demnächst ausführlicher über sie berichtet).

Wichmann weist auf die experimentellen Untersuchungen hin, die hinsichtlich des Gasstoffwechsels bei Ultraviolettbestrahlung und der durch diese hervorgerufenen Dermatitiden vorgenommen sind, und bei welchen eine Erhöhung des Gasstoffwechsels sich herausgestellt hat.

Digitized by Google

Unna jr., Paul: **Lichen planus hypertrophicus.** Stark pigmentierter Lichen, tuberöse, zierliche Ringform. Befallen sind Gegend der Achselhöhlen und unter den Mammae, Gürtelgegend, Inguinalgegend, Vulva, Anus und umgebende Falten. Histologisches Bild zeigt sehr starke unregelmäßige Akanthose.

Hahn: Casus pro diagnosi. Matrose mit Affektion am Schienbein.

Unna, Paul hält den Fall für eine Anetodermia maculosa.

Arning meint, eine Diagnose wäre erst sicher nach histologischer und klinischer Durchforschung. Ausschließen könne man wohl Sklerodermie, Lupus erythematodes. Es bleibt schließlich nur übrig, an symmetrische Anetodermie (essentielle Hautatrophie) zu denken.

Karrenberg (Klinik Ritter): **Fall von multiplen Karzinoiden der Haut,** den Arning bereits auf dem Hamburger Dermatologenkongreß vorgestellt hatte.

Delbanco erinnert, daß auf einer Tagung dieser Gesellschaft ein von diesem Falle stammendes Präparat inzwischen einen Stachelzellenkrebs ergeben hatte. Er rekapituliert weiter seine Auffassung des Bowen als Präkanzerose des Stachelzellenkrebses, während er die Arningschen Karzinoide als eine Präkanzerose des Basalzellenkrebses hingestellt hat.

Lilienstein: 1. **Pseudoxanthoma elasticum** in Form eines breiten Bandes am Halse eines jungen Mädchens.

2. **Lupus erythematodes capitis et faciei** bei einer 25jähr. Frau.

3. **Schamberg-Disease?** 65jähr. Frau mit seit 2 Monaten akut unter Schmerzen einsetzender Erkrankung der Haut beider Unterschenkel: Zahlreiche punktförmige Hämorrhagien und rotbraune Pigmentierung, daneben Varizen und Ödeme. Beziehung des varikösen Symptomenkomplexes zur Schamburg Disease. Ätiologie: vermutlich Thrombose der tiefen Venen des Unterschenkels.

Westphalen meint, daß das gezeigte Krankheitsbild häufig ist. Es ist identisch mit der dermatite jaune Hallopeau und wird oft gesehen bei chronischen Unterschenkelekzemen auf variköser Grundlage. Die typische braunrötliche Verfärbung erweist sich als in der Haut liegendes Blutpigment. Die Ursache ist eine Schädigung der feinen Hautgefäße und Kapillaren durch Stauung, Hitze usw., die sie durchlässig werden läßt.

Klingmüller: Die Schambergsche Dermatose ist eine besondere Veränderung der Haut, welche wir seit mindestens 15 Jahren als Paralichen bezeichnen.

Wichmann: Es handelt sich um eine chronische Thrombophlebitis und hierdurch sekundär bedingte Stauungsdermatose der Haut.

Habermann hat bereits in der Berliner Jubiläumssitzung in Übereinstimmung mit Arndt die Identität zwischen Schamberg und Purpura Majochi nachgewiesen.

4. **Xeroderma pigmentosum.** 38jähr. Frau mit Teleangiektasien und Pigmentierungen der unbedeckten Körperstellen, vor allem des Gesichts, das ein buntgesprenkeltes Aussehen darbietet, dazwischen warzige Erhebungen, aus denen sich ein echtes Kankroid entwickelt. Familiäre Verhältnisse o. B.

Unna jr., Paul hält den Fall für eine Lichtüberempfindlichkeit. Es fehlt der Beginn in früher Jugend und der ernste Charakter des Xeroderma.

Habermann (Univ.-Hautklinik): **Fall von Lichtdermatose.** Bei 15jähr. Mädchen trat vor 8 Jahren im Anschluß an Sonnenbestrahlung eine starke Dermatitis der bestrahlten Stellen ein, die als Dauerfolge eine fleckige Rötung, Vergröberung der Hautfelderung, Hornkomedonenbildung, Teleangiektasien hinterließ.

Unna jr., Paul hat mit Delbanco diesen Fall im Festheft für Rille in der Dermat. Wochenschr. 1926, Nr. 15, als eine Form des Ulerythems veröffentlicht.

Lilienstein: 5. **Dermatitis herpetiformis Duhring.**

Unna jr., Paul empfiehlt Behandlung mit Resorcylaldehydphenylhydrazon.

Hoeft: Hinweis auf die Behandlung der blasenbildenden Erkrankungen der Haut mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen.

6. **Carcinoma penis** bei 60jähr. Manne.

Zur Diskussion: 1. Hahn, 2. Wichmann.

7. **Lichen ruber verrucosus** am Unterschenkel eines jungen Mannes.

Klingmüller empfiehlt Olobentin bei allen Formen von Lichen anstatt Arsen, zur Ausschaltung der toxischen Nebenwirkungen.

Unna jr., Paul: **Lupus erythematodes** mit Erfolg mit Triphalinjektionen behandelt. Nach der 8. Injektion 0,1 ein ekzematoides Exanthem, das sich von den Ellenbogen über die Extremitäten und das Gesicht ausbreitete.

Antoni: Triphal ist das Präparat der Wahl bei Lupus erythematodes. Er warnt, die Dose 0,025 zu überschreiten, da der Erfolg gleichgut ist.

Digitized by Google

Ritter hat einen Fall gesehen, der schwer und genau so verlief wie eine Salvarsandermatitis, in Schüben und mit Bildung von Hyperkeratosen.

Habermann und Braeucker (Univ.-Hautklinik und chirurgische Klinik): **Chirurgische Heilung eines Falles von exzessiver Hyperhidrosis der Hände und Füße.** Bei 21jähr. Mädchen, die bereits seit dem 8. Lebensjahr an Hyperhidrosis, besonders stark bei seelischen Erregungen leidet, so daß sie zu jedem Beruf untauglich war, wurde, da auch Röntgenstrahlen versagt hatten, auf Anregung von H. zu einem chirurgischen Eingriff am Sympathikus geschritten. Auf Grund eingehender anatomischer Studien und Probeeinspritzungen von Novokain in die Armnerven, gelangte B. zu dem Schluß, daß eine isolierte Angriffsmöglichkeit der Schweißnerven am Arm nicht vorhanden ist und jene nur in den Rami communicantes von C 8 und Th. 1 isoliert auf ihren Verlauf zu den Spinalnerven zu erreichen sind. B. arbeitete daher eine Operationsmethode aus, nach der man diese beiden Rami communicantes sicher darstellen und durchschneiden kann. Diese Operation wurde im vorliegenden Falle vor 4 Monaten links ausgeführt mit dem Effekt der völligen Trockenlegung der linken Hand, während die rechte nach wie vor weiter stark schwitzt.

Arning sind die neuen Befunde deshalb interessant, da ihm seit langen Jahren auf dem Gebiet der Lepra in dieses Gebiet fallende Erscheinungen der Aufklärung näher führen, als da sind das Zusammenfallen der Anhydrosis der Haut mit sensiblen Störungen mit der anästhetischen Lepra.

Lilienstein berichtet über die Behandlung eines Falles von chronischem rezidivierendem Ekzem durch die periarterielle Sympathektomie am Oberarm. Der Erfolg war zunächst blendend, aber nach 3 Monaten war das Rezidiv wieder da und besteht heute noch unvermindert.

Unna jr., Paul: **Acrodermatitis atrophicans** mit Bildung von multiplen, pseudofibromatösen Knoten und drei fibrösen Strängen. Die Knoten enthalten weder Kalk noch Cholesterin, sondern mehr oder minder verändertes Bindegewebe (wird ausführlich von Paul Unna, Lippmann und Delbanco publiziert).

Hoeft: Betonung, daß im vorliegenden Falle die sklerodermatoiden Veränderungen im Vordergrunde stehen.

Westphalen weist darauf hin, daß bei sämtlichen auf der Ritterschen Klinik untersuchten Fällen von Akrodermatitis oder Sklerodermie der Cholesterinspiegel auf das Zwei- bis Dreifache des normalen Wertes erhöht gefunden wurde.

Karrenberg denkt an eine Kombination von Akrodermatitis und Sklerodermie mit Überwiegen der letzteren.

Habermann (Univ.-Hautklinik): 1. **Sarkoid Boeck** mit Lungen- und Augenkomplikationen und Arthritis sämtlicher Fingergelenke. 21jährig. Mann, vor 6 Jahren Iridozyklitis, bald darauf Bildung blauroter kutan-subkutaner Knoten an Wangen und Armen.

2. **Fixes Salvarsan-Exanthem,** ausgezeichnet durch Bildung sehr stark vorspringender follikulärer Hornstacheln.

3. **Epithelioma adenoides cysticum:** Multiple hirsekorn- bis hanfkorngroße Knötchen bei Mutter und Tochter, besonders um Nase und Mund herum angeordnet. Histologischer Befund typisch.

4. Ausgedehnter **Pflasterstein-Naevus,** den ganzen rechten Unterschenkel und Fußrücken einnehmend, verbunden mit abnormer Verdickung der Knochen und Exostosenbildung im Bezirk des Naevus.

5. **Pyodermia vegetans.** Beim 37jähr. Manne seit 3 Jahren multiple Entwicklung akneartiger Knötchen, die sich dann vergrößern, wie Bromoderme wuchern und schließlich mit eigenartigen Narben unter zackigen Brückenbildungen und Retention großer Hornmassen nach Art von Riesenkomedonen abheilen. Befallen sind hauptsächlich Penis, Beine, Gesicht. Bakteriologische Untersuchungen, Kultur, Tierversuche negativ. Histologisch: Perifollikuläres Infiltrat mit starker Wucherung der Epidermis.

6. **Leukatrophie** (Anetodermia cutis) **des Nackens nach Lues.** Rundliche fleckförmige, scharfrandige, ganz oberflächliche Atrophien des Halses und Rückens.

Delbanco: 1. 74jähr. Pat., 1924 beginnendes **Kankroid der Nasenhaut,** das 1926 inoperabel war. Plastische Operation von seiten des Pat. abgelehnt. Von erster Seite ohne Erfolg geröntgt. Fulguration zweimal in Gemeinschaft mit Chirurgen Zoepffel. Kosmetisch glänzendes Resultat. Seit September Heilung. Keine Drüsen. Zur Zeit linsengroßes Rezidiv (?). D. denkt sich die Heilung über komplizierten biologischen Weg.

Digitized by Google

2. 12jähr. Mädchen seit dem 4. Jahre an **Ulerythema ophryogenes Unna Taenzer** leidend.

Brinitzer: 1. **Botryomykose.** Kirschkernkroße Erhebung auf dem Lippenrot der Oberlippe, leicht blutend, seit 3 Wochen bestehend.

Delbanco betrachtet die Affektion als proliferierendes Angiom und lehnt eine Granulationsgeschwulst ab.

2. Br. berichtet zu dem in der Junisitzung 1926 vorgestellten fraglichen Falle von Hydroa aestivale, daß sich eine Priemelüberempfindlichkeit herausgestellt hat.

Hoeft (Klinik Ritter): 1. **Casus pro diagnosi.** Mann, 63 Jahre alt, seit November 1926 Furunkel in Schulter und Nacken. Trotz energischer Therapie ständig Rezidive. Spontane Entstehung von kirschgroßen Tumoren, stark gerötet, kuppelförmig prominierend, zentrale Nekrose. Umgebende Haut intakt. Sporotrichose? Pyodermia vegetans?

Ritter: Der Fall macht bei der Aufnahme den Eindruck einer Lues gummosa. Alle Untersuchungen haben den Fall nicht klären können.

2. **Akrodermatitis und Sklerodermie.** Histologisch: massive Plasmazelleninfiltrate und sklerodermatoide Veränderungen des Bindegewebes.

Unna jr., Paul: 1. Zur Diagnose. Harte, hornige lichenoide Knötchen des Nackens. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: **Lichenoides Tuberkulid des Nackens.** Die Knötchen sitzen extrafollikulär, zeigen Plasmazellenherde um die Papillargefäße, sowie einen kompakten Herd aus Histiozyten und zentralen Riesenzellenhaufen vom Typus der Fremdkörperriesenzellen mit zahlreichen Kernen.

Breit: Könnte es sich hier nicht um einen Fall von Acne cheloidea bei einem tuberkulösen Individuum handeln?

Unna: Gegen Nackenkeloid spricht das klinische und das histologische Bild.

2. Zur Diagnose. Akuminierte, hautfarbene, blasse Spitzpapeln am Rumpfe nach Ablauf eines typischen Lichenplanus-Exanthems. Histologisch Epithel-Riesenzellenbildung und kleinzelliges Infiltrat in der Gegend eines Haarbalges.

Rosenberger: Fall von **Pityriasis lichenoides chronica.**

Westphalen (Klinik Ritter): **Granuloma anulare** bei 14jähr. Mädchen.

Karrenberg (Klinik Ritter): 1. Zwei über 80jähr. Pat. mit ausgedehntem Basalzellenkarzinom des Gesichts, bzw. der Ohrgegend. Es soll ein therapeutischer Versuch mit Isaminblauinjektion gemacht werden.

2. Zwei Pat. mit **Dermatitis des Halses,** hervorgerufen durch neuen Pelzbesatz.

3. Ausgedehnte **Trichophytie** bei einem 18jähr. Mädchen.

4. Fall von **Tabaksdermatitis** des Halses bei einer 42jähr. Frau, die in einer Tabakfabrik beschäftigt ist. Tabakblätter, auf die Haut gebunden, riefen innerhalb 12 Stunden hochgradige Rötung und Ekzematisation hervor.

Demonstration von Pilzkulturen der in Hamburg gefundenen Achorion-, Mikrosporon- und Trichophyton-Arten, des Epidermiphyton inguinale, der Spirotrichäen und einiger tropischer Mykosen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1926, Jahrg. 2, Nr. 12

Le mariage des syphilitiques, von G. Milian. S. 611. Fortsetzung folgt.

Glycémie et dermatoses (Glykämie und Dermatosen), von M. Raymond, A. Lacroix und E. Hadida. S. 625. Systematische Durchuntersuchung hat zu dem Resultat geführt, daß die Veränderung des Blutzuckerspiegels bei den verschiedensten Dermatosen teils so geringfügig, teils so unregelmäßig ist, daß die Glykämie differentialdiagnostisch nicht zu verwerten ist.

Digitized by Google

Les éruptions morbilliformes biotropiques sont des rougeoles (Die masernartigen Eruptionen bei spezifischer Behandlung sind echte Masern), von G. Milian. S. 633. Drei selbst beobachtete Fälle von Luetikern, die sich im Krankenhaus mit Masern infiziert hatten; ein toxisches Exanthem (Salvarsan) war zunächst als wahrscheinlich angenommen worden.

1927, Jahrg. 3, Nr. 1

Le mariage des syphilitiques (Die Heirat der Syphilitiker), von G. Milian. S. 3. An Hand einzelner eklatanter Fälle wird auf die Notwendigkeit größter Vorsicht und Zurückhaltung bei Erteilung des Konsenses hingewiesen. Erforderlich ist besonders eine auf gute klinische Ausbildung gegründete eingehende klinische Untersuchung. Das Herz ist gut zu untersuchen, auf erhöhten Blutdruck besonders bei Jugendlichen zu achten. Die Pupillenreflexe verdienen frühzeitige Aufmerksamkeit. An der Stelle der Schankerinfektion ist besonders auf das Erythema irritans zu achten. Die Nagelerosionen und die Nageldellungen sind charakteristisch. Die übrigen Stigmata sind bekannterer Natur. Bei negativem klinischem Befund sind Blut- und Liquoruntersuchung anzuschließen.

Leucome transversal de l'ongle (Leukoma transversale des Nagels), von G. Milian. S. 13. Dies ist stets die Folge einer lokalen Schädigung der Matrix und nicht einer allgemeinen Ernährungsstörung.

Effet thérapeutique de l'iodure de potassium dans la syphilis expérimentale du lapin (Therapeutischer Einfluß des Jodkaliums bei der experimentellen Kaninchenlues), von L. Pearge-New York. S. 16. Durch regelmäßige intravenöse Jodkaligaben wurde die Schwere und Dauer der frischen Infektion gemildert. Bei vorheriger Infektion verstärkt Jodkali beim Kaninchen die allgemeine Abwehrkraft und verhindert ausgebreitete sekundäre Eruptionen.

Erythrodermie exfoliante généralisée après un traitement par le stovarsol et les rayons ultra-violets (Generalisierte Erythrodermia exfoliativa nach Behandlung mit Stovarsol und ultravioletten Bestrahlungen), von M. Amalric. S. 25. Das Zusammentreffen beider Behandlungsarten, angewandt zur Behebung menstrueller Störungen, läßt nicht den Schluß zu, daß etwa die eine Behandlung in Verbindung mit der anderen die Dermatitis hervorbringt durch Sensibilisierung der Haut.

1927, Jahrg. 3, Nr. 2

Lupus exanthématique subaigu généralisé streptococcique (Lupus exanthematicus acutus generalisatus durch Streptokokkeninfektion), von G. Milian. S. 71. Beitrag zur Frage der Herkunft des Lupus erythematodes und exanthematicus, die M. für verschieden nach der Herkunft hält. Verf. rechnet den erythematodes zur Tuberkulose, den Lupus vasculosus dem Erysipel verwandt und damit zur Gruppe der Streptokokkeninfektionen.

Un cas d'épithélioma muco-cellulaire de la fesse (Schleimzellenepitheliom der Glutäalhaut), von E. Schulmann und M. Kitchevatz. S. 88. Kasuistischer Bericht.

Erythème et polynévrite par le tréparsol (Erythem und Polyneuritis durch Treparsol), von G. Milian. S. 91. Nach gehäufter Einnahme von Treparsol bei asthenischen Beschwerden und Verdacht auf Lues hereditaria traten lokale Erytheme und heftige Polyneuritis auf, die nach dem Aussetzen schnell vergingen.

Asphyxie symétrique du nez et des oreilles (maladie de Raynaud) par syphilis héréditaire (Symmetrische Asphyxie von Nase und Ohren bei hereditärer Lues), von G. Milian. S. 93. Diese Symptome von Raynaudscher Gangrän verschwanden nach spezifischer Behandlung des 20jähr. Pat. rasch.

Sels de manganèse (Mangansalze), von Veyrières. S. 97. Theoretische Erörterungen über die verschiedenen Verwendungsmöglichkeiten in der Dermatologie.

H. Lippert-Köln.

Japanese Journal of Dermatology and Urology

1926, Bd. 26, H. 10

Studies on Lacquer Dermatitis. III. Dermatitis Produced by Chinese Lacquer (Untersuchungen über Lackdermatitis, III. Dermatitis, verursacht durch chinesischen Lack), von I. Tôyama. S. 51. Der chinesische Lack spielt schon in der vorchristlichen Zeit in China eine Rolle; er wird, wie auch der Japanlack, von einer wild wachsenden Baum-

Digitized by Google

art (Rhus vernicifera) gewonnen. Der schädigend wirkende Bestandteil des rohen Lackes ist „Urushiol." In getrocknetem Zustand ist der Lack unschädlich. Die Lackerkrankung ist ein mit Jucken und Brennen einhergehendes Ödem, auf das dann das Exanthem folgt. Es sind Fälle beschrieben, die infolge von hinzugetretenen Herz- und Lungenaffektionen letal ausgingen. Japanlack ruft der ähnlichen Zusammensetzung entsprechend ähnliche Erscheinungen hervor, jedoch weniger schwer.

Studies on Lacquer Dermatitis. IV. The Histopathology of Lacquer Dermatitis (Untersuchungen über Lackdermatitis. IV. Histopathologie derselben), von I. Tôyama, T. Usuba. S. 56. Versuche an lackempfindlichen Personen. Der reine Lack oder eine 10%ige Lösung des giftigen Bestandteils Urushiol wurde 1 Minute lang mit verschiedenen Hautpartien in Berührung gebracht. 2 Stunden danach die ersten Reizerscheinungen (seröse Exsudation und Blasenbildung um die Talgdrüsen), danach auch bald Veränderungen in den tieferen Schichten. Der Japanlack ist leicht löslich in dem Fett oder Lipoid der Talgdrüsen; auch die Hornschicht, die ja freie Fettsäure enthält, wird deshalb leicht von dem Gift durchsetzt. Es treten dann alle für eine Hautentzündung typischen Erscheinungen auf, die nach 48 Stunden etwa ihren Höhepunkt erreichen. Nach 5 Tagen klingt die Entzündung ab, oft sehr langsam, mit Neigung zu Chronizität.

Über die Methode der direkten Reinkultur bei der Hauttuberkulose, nebst Untersuchungen über die Bestimmung der kultivierten Bazillentypen des Tuberkelbazillus, von K. Akiyama-Keio, Tokio. S. 57. Unter strenger Asepsis wurde die Exzision der tuberkulös erkrankten Haut vorgenommen; das so gewonnene Material wurde zerkleinert, eine halbe Stunde in 4%ige Kalilauge getaucht und auf Petrofsche Nährböden verimpft, nachdem vorher eine Neutralisierung mit 4%iger HCl-Lösung bis zur schwachsauren Reaktion vorgenommen worden ist. Die Züchtung gelang in zwei Fällen. Erst nach 4 Wochen waren makroskopisch Kolonien wahrnehmbar. Beide Stämme erwiesen sich im weiteren Tierexperiment als Typus humanus.

Ein Fall von Idiosynkrasie gegen die Eiweißbestandteile der Proteinsilberlösung, von T. Hashimoto und S. Suzuki-Mukden, China. S. 58. Bei einem Blennorrhoekranken traten nach der Anwendung von Proteinsilberlösungen jedesmal dieselben Erscheinungen auf (Asthma, Tränenfluß, Urtikaria), die nach anderen Silberpräparaten mit der gleichen Menge metallischer Bestandteile ausblieben. Aus diesen Versuchen schließen die Verff., daß eine Idiosynkrasie des Pat. gegen die Eiweißbestandteile des Mittels besteht.

Ein kasuistischer Beitrag zur Purpura vesicae, von G. Moriyama, L. Kokumoto und M. Maeda, Derm. Univ.-Kl. Nagasaki. S. 59. Bei zwei Fällen fanden sich während der Erkrankung der Blase (stecknadelkopf- bis erbsengroße Purpuraflecken im Blaseninneren) keinerlei Hauterscheinungen sonst; demnach wären die Fälle zu der Gruppe von Purpuraerkrankungen zu zählen, die (nach Blum) nur Eruptionen im Urogenitalapparat aufweisen. Im zweiten Fall wurde Pepsin im Urin gefunden, jedoch kam es zu keiner Geschwürsbildung.

A Case of Pemphigus acutus febrilis (Ein Fall von fieberhaftem akutem Pemphigus), von T. Aoki. S. 60. Auftreten von Pemphigusblasen an Haut und Schleimhäuten unter Fieber und Schüttelfrost. Dauer der schweren Krankheitserscheinung 2 Wochen, Heilung nach Ablauf eines Monats.

The Dietetic Treatment of the Eczema (Diätetische Behandlung des Ekzems), von K. Maruyama. S. 61. Nach Verabreichung vitaminreicher Kost (frische Kuhmilch, Obst, Gemüse) sah Verf. Heilungen Ekzemkranker ohne sonstige Medikamente, besonders bei den Ekzemen des frühesten Kindesalters. Ein Erythema induratum Bazin mit Ekzem kam zur Ausheilung nach Anwendung einer Tuberkulosediät.

Über die Röntgenaufnahme der männlichen Harnröhre, von S. Kitamura, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 62. Verf. beschreibt die von ihm angewendete Lagerung für die Röntgenaufnahme folgendermaßen: Pat. sitzt auf einem Untersuchungstisch, den Körper mit beiden nach hinten gehaltenen Armen stützend. Ein Bein wird gestreckt gehalten, das andere bleibt annähernd rechtwinklig gebogen unter dem Oberschenkel des gestreckten. Die Kasette wird unter das Gesäß geschoben und die Aufnahme von vorn oben gemacht, indem die Urethra dabei mit 25%iger Jodlithiumlösung irrigiert wird.

1926, Bd. 26, H. 11

Beitrag zur Kenntnis der Leishmaniosis cutanea, von K. Watanabe, Derm. Kl. Kumamota. S. 63. Beschreibung eines Falles von Leishmaniosis cutis (Ohrmuschel). Infektion vor 8 Jahren nach Verletzung durch einen Insektenstich; darauf Geschwürs-

Digitized by Google

bildung, Geschwür knorpelhart, mit scharfem, serpiginösem Rand. Innere Organe o. B., keine Lymphdrüsenschwellung. WR dauernd negativ. Im mikroskopischen Präparat Leishmankörperchen nachweisbar, meist im Bindegewebe, nie in den Gefäßwänden oder -lumina. Intraperitoneale und subkutane Impfungen auf Ratten und Kaninchen. Eines der Tiere ging nach intraperitonealer Impfung an einer Allgemeininfektion zugrunde. Es fanden sich bei diesem Tier Eruptionen an Gesicht, Hals, Rücken, Lungen, Nieren, Leber mit positivem Befund von Leishmankörperchen. Die anderen Tiere erkrankten an Hautknoten und -geschwüren. Der Erreger der Hautleishmaniosis kann also auch Leishmaniosis der inneren Organe hervorrufen.

Über klinische und experimentelle Untersuchungen der Alopecia gradus, von Y. Aramaki, Derm. Univ.-Kl. Sendai. S. 67. Die früher mitgeteilten Beobachtungen über eine eigenartige Form von Alopezie bei japanischen Frauen, verursacht durch die Haartracht (Alopecia atrophica symmetrica temporalis), wurden an weiteren drei Fällen bestätigt. Ferner wurden Untersuchungen angestellt über die Alopecia atrophica parietalis bei Frauen, die oft handtellergroß wird und schon im jugendlichen Alter auftritt (20—30 Jahre). Der Herd ist ohne Entzündungserscheinungen, nur bedeckt mit Lanugohärchen und leicht ödematös, ohne subjektive Beschwerden. Die Follikel sind meist atrophiert. Der Beweis, daß auch diese Form der Alopezie durch mechanische Schädigung (Zug und Druck) hervorgerufen wird, wurde durch Tierexperimente erbracht, die zeigten, daß auch beim Tier kontinuierlicher Zug an den Haaren zu einer Veränderung bzw. Atrophie der Wurzeln führen kann.

Klinische und experimentelle Untersuchungen über die durch den Giftkäfer (Paederus riparius L.) verursachte Dermatitis und ihre Ätiologie), von H. Wada, Derm. Kl. Chiba. S. 68. Als Volksheilmittel gegen Hautkrankheiten wird noch heute in Japan eine Mischung von zerriebenen Pflanzen oder Insekten angewandt. Ein Pat., wahrscheinlich an leichtem chronischem Ekzem leidend, hatte sich mit einer solchen Medizin aus Insekten (Paederus riparius) einreiben lassen; der Erfolg war eine schwere akute Dermatitis mit ausgedehnter Blasenbildung, Erosionen und heftigen Schmerzen. Das Insekt besitzt im Hinterleib ein drüsiges Organ; der Giftstoff, der bei Tier und Mensch Hautreizungen hervorruft, sitzt nicht nur in dieser Drüse, sondern im ganzen Körper. Die chemische Untersuchung dieses Giftes ergab eine Verwandtschaft mit dem Cantharidin.

Statistische Beobachtungen über Kinderekzem, von G. Moriyama, Derm. Kl. Nagasaki. S. 71. Nach Untersuchungen an 50 Fällen von Kinderekzem stellt Verf. fest: Beim Auftreten des Ekzems wirken immer Veranlagung und äußerer Reiz zusammen; oft litten auch die Mütter an Ekzem. Fast alle Mütter hatten das normale Gebäralter (20—30 Jahre), die meisten Ekzemkinder sind Erstgeburten. Das Ekzem tritt im ersten Lebensjahr auf. Kopf und Gesicht sind Lieblingslokalisationen. Komplikationen mit Dyspepsie und Angina wurden öfters beobachtet. A. de Lemos-Hamburg.

Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Dermatology

Bd. 20, Nr. 6, Sitzung vom 20. Januar 1927

H. C. Soutter: **Demonstration of Steam Cautery, and Cases Treated Thereby** (Demonstration eines Dampfbrenners und damit behandelter Fälle). Der Apparat, der mit einem Gefäß verbunden ist, in dem Wasser zum Verdampfen gebracht wird, erhält durch den durchströmenden Dampf eine Temperatur von 100° C. Zur Anwendung besonders geeignet bei Epitheliomen des Gesichts, die operativ nicht angegriffen werden können.

H. C. Semon: **Cases Treated with Steam Cautery** (Mit dem Dampfbrenner behandelte Fälle). Lupus vulgaris im Gesicht und Nacken, Epitheliom am Ohr, Naevus pilosus, epitheliomatöses Geschwür an der Orbita. Die Einwirkung kann schärfer abgegrenzt werden als bei der Diathermie. Keloidbildung kann nach der Behandlung eintreten.

F. Parkes Weber: **Two Cases of Chilblainy Condition of the Legs Somewhat Resembling Erythema Induratum; also a Case of Erythema Induratum, for Comparison** (Zwei Fälle von an Erythema induratum erinnernden frostähnlichen Befunden an den Beinen; zum Vergleiche Fall von Erythema induratum). In beiden Fällen Schwellungen an den Unterschenkeln, oberhalb der Knöchel von zyanotischer Haut be-

Digitized by Google

deckt. Frostbeulen waren bei ihnen öfter dagewesen. Pat. mit Akrozyanosis zeigen keine besondere Neigung zu Frost; an diesem Leidende haben gewöhnlich keine Akrozyanosis. Die moderne weibliche Kleidung spielt eine Hauptrolle bei diesen frostähnlichen Zuständen, die oft mit Erythema induratum verwechselt oder als atypische Fälle von Erythema nodosum betrachtet werden; doch kommen die Fälle im ganzen selten vor. Vielleicht wird dadurch die Entwicklung eines echten Erythema induratum begünstigt.

W. N. Goldsmith: **Erythema Elevatum Diutinum (Case Previously Shown)** (Früher gezeigter Fall von Erythema elevatum diutinum). Bei der Vorstellung im Juni 1926 (Ref. Derm. W., 1926, Bd. 83, S. 1960) war die Möglichkeit eines Keloids erwogen, die jetzt nicht mehr aufrechterhalten wird. Vielleicht gehört der Fall zum Granuloma annulare, obwohl der histologische Befund nicht dafür spricht.

H. MacCormac: **Lupus Vulgaris Disseminatus.** Die Ausbreitung der Hautkrankheit bei der anscheinend tuberkulösen Pat. ist jedenfalls vermittels des Blutstromes erfolgt. E. Levin-Berlin.

Journal d'Urologie

1927, Bd. 23, Nr. 1

A propos de la prostatectomie en deux temps et de la cystostomie préalable (Zur Frage der zweizeitigen Prostatektomie und der vorläufigen Zystostomie), von Rochet-Lyon. S. 5.

Des dystrophies cruro-vésico-fessières par agénésie sacro-coccygienne (Dystrophien an den Beinen und am Gesäß und Blasenstörungen bei fehlender Ausbildung des Kreuz- und Steißbeins), von G. Potel und P. Danhiez-Lille. S. 12.

Les prostatites chroniques méconnues (Die unbekannten chronischen Prostatitiden), von J. Perrin-Marseille. S. 21. Neben der bekannten chronischen Form der Prostatitis gibt es „trockene" Fälle, die mit ihren interstitiellen Veränderungen zu Neurasthenie und Impotenz führen. Die Diagnose ist bisweilen schwierig; sie erfolgt durch mehrmalige Massagen der Prostata und Untersuchungen des Sekrets. Unter aktiver Behandlung, besonders mit Vakzinen und Autovakzinen, erfolgt gewöhnlich schnelle Heilung.

Un cas de cyste de la prostate (Ein Fall von Prostatazyste), von André-Nancy. S. 30. Bericht über einen 30jähr. Mann, der seit einiger Zeit an Miktionsbeschwerden litt, die ursprünglich als auf einer — nicht vorhandenen — Zystitis beruhend angesehen wurden. Die Zystoskopie und Endoscopia posterior zeigten eine zystische Vorwölbung in der Gegend der Prostata. Operation, Exzision der Zyste mittels suprapubischen Schnittes. Verzögerung der endgültigen Heilung durch Furunkulose und Prostataabszeß, der vom Rektum aus eröffnet wurde. Es handelte sich, wie auch die histologische Untersuchung ergab, um eine zystische Erweiterung einer Prostatadrüse und nicht um eine Zyste des Utrikulus.

Muguet et calcul de la vessie (Soorpilz und Blasenstein), von M. Rafin. S. 32. Bei einer 39jähr. Pat., die an Blasenbeschwerden litt, fanden sich im trüben Urin Soorpilze; in der Blase ein Blasenstein, der mittels Lithotripsie entfernt wurde. Heilung, Klärung des Urins.

Ulcus vésical tuberculeux et cystite rebelle cinq interventions successives, guérison (Tuberkulöses Blasengeschwür und hartnäckige Zystitis, fünf Eingriffe hintereinander, Heilung), von J. Reynard und L. Michon-Lyon. S. 34. Pat. mit Tuberkulose der rechten Niere. Nephrektomie; schwere Cystitis tuberculosa. Nacheinander: Kurettage der Schleimhaut, Entfernung der Blasenbasisnerven vom Damm aus, Laparatomie (Entfernung des polyzystischen rechten Ovars, teilweise Herausschneidung des rechten Ureterstumpfes, Versuche, den N. hypogastricus und N. praesacralis zu sympathektomieren), Kurettage durch die erweiterte Urethra, schließlich Zystostomie und weite Herausschneidung der Ulzeration. In dieser histologisch Riesenzellen. Urin der linken Niere: Tuberkulose 0. Zur Zeit besteht noch eine Fistel von der Nephrektomie her, eine zweite in der letzten Zystostomiewunde. Kapazität der Blase 100 ccm, Miktionen normal. Blase zystoskopisch ohne Besonderheiten. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Česká Dermatologie

1927, Bd. 8, Nr. 5

Idiosynkrasie der Haut, von F. Šamberger-Prag. Verf. behandelt die Idiosynkrasie der Haut bei Ekzem und Urtikaria. Er begründet seine Ansicht, nach welcher diese Idiosynkrasie in einer Hypersensibilität des lymphogenen Apparates der Haut oder einer seiner Komponenten (Blutkapillaren oder autonomes Nervensystem) besteht. Diese Hypersensibilität kann eine angeborene oder erworbene sein. Die erworbene ist zumeist die Folge der Einwirkung lymphagoger Substanzen auf den lymphogenen Apparat. Substanzen, die eine mächtige lymphagoge Wirkung besitzen, können Hypersensibilität mit einem Schlag hervorrufen, während schwächer wirkende Substanzen eine längere Zeit dazu benötigen, indem sie eine längere Zeit mit der Haut in Kontakt bleiben müssen, bevor sich die Hypersensibilität einstellt. Die Hypersensibilität kann eine monovalente oder eine polyvalente sein. Hier ist der Unterschied kein qualitativer, sondern ein quantitativer. Nach Ansicht des Verf. besitzt der Mensch Nerven für die Juckempfindung, um sich gegen Parasiten und Jucken verursachende Pflanzen zu schützen. Diese Nerven stehen in direkter Beziehung zur Lymphhypersekretion. Sie sind sensibler als der lymphogene Apparat. Sobald infolge Einwirkung einer lymphagogen Substanz die Sensibilität des lymphogenen Apparates erhöht wird, erhöht sich auch die Sensibilität der Nerven für die Juckempfindung. Dies ist der Grund, warum bei der Idiosynkrasie die Sensibilität dieser Nerven eine größere ist. Aber diese Erscheinungen laufen nur parallel zueinander, ohne in einer ursächlichen Beziehung zur Wirkung zu stehen.

Radikuläre Bestrahlung in der Therapie der Lichene, von O. Valentová-Prag. Die Straßburger Methode wurde in der Klinik Šamberger nicht nur bei der Behandlung des Lichen planus angewendet, sondern auch bei allen jenen Dermatosen, die durch Hyperkeratose charakterisiert sind, z. B. bei der chronischen Neurodermitis. Nach Šamberger sind diese Affektionen nichts anderes als verschiedene Dermatosen (Ekzem, Urtikaria) auf ein- und derselben Basis: auf einer Steigerung der Vitalität der keratotischen Zellen, auf einer hyperkeratotischen Diathese. Der therapeutische Effekt der radikulären Bestrahlung äußert sich in einer Schwächung der Vitalität des keratotischen Gewebes, in einer Abnahme der hyperkeratinisierten Schicht. Das Charakteristische aller Lichenarten, die Hyperkeratose oder vielmehr die hyperkeratotische Diathese (nach Šamberger), verschwindet nach der Radiotherapie des Rückenmarkes. Bei den behandelten Fällen wurde stets nur eine Besserung in dem Sinne erzielt, daß nach 10—14 Tagen das Jucken aufhörte, und daß in der Mehrzahl der Fälle nach zwei Sitzungen die charakteristische Lichenifikation mit dem fettigen Glanz zu verschwinden begann; die hyperkeratotische Schicht wurde niedriger oder sie schälte sich ab. Es verschwand also der Charakter des Lichen. Neu auftretende Effloreszenzen waren Papeln ohne fettigen Glanz und ohne Hyperkeratose, also Papeln auf normaler oder fast normaler Haut. Die andere Komponente der Dermatose, sei es die leichte diffuse Hypersekretion der Lymphe (bei der Neurodermitis), sei es die anfallsweise auftretende umschriebene Ekzem- oder Urtikariapapel (bei Lichen ruber), bleibt ohne lokale Behandlung so wie die entsprechende unbehandelte Dermatose ohne Hypersekretion.

Erfahrungen mit Spirobismol, von P. Katz. 80 Fälle. Kombination mit Neosalvarsan. Gute Verträglichkeit und gute Wirkung. Nierenschädigungen ernster Art wurden nie beobachtet. Die WR war meist schon nach einer einzigen Kur negativ, und die klinischen Erscheinungen gingen schnell zurück. Noch besser resorbierbar wurde das Spirobismol nach Zusatz von Lezithin. Ein neues Präparat „Penta-Bi" (in Öl lösliches Wismut) scheint äußerst wirksam zu sein und läßt weitere Versuche wünschenswert erscheinen. G. Mühlstein-Prag.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 52, Nr. 2

Les chancres mous et leurs complications traités par les injections intraveineuses de Dmelcos (Die Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen mittels intravenöser Einspritzungen von Dmelcos), von Gjorgjevitch und M. Stéphanovitch, Derm. Univ.-Kl. Belgrad. S. 81. In manchen Fällen ließ sich durch diese Antistreptokokkenvakzine eine zweifellos günstige Beeinflussung des Ulcus molle und

Digitized by Google

der im Anschluß daran auftretenden Bubonen feststellen, aber konstant war diese Wirkung nicht. Abgesehen davon, daß die Behandlung sehr lange fortgeführt werden muß, treten häufig Fiebersteigerungen bis 40 und 41° auf, dazu außerdem noch Übelkeit und Erbrechen. Eine spezifische Wirkung kann dem Präparat nicht zuerkannt werden, da selbst nach einer großen Anzahl von Einspritzungen sehr häufig Rückfälle im Verlauf der Erkrankung beobachtet wurden.

Note sur les réactions de Wassermann, de Bauer-Hecht et de Stern (Zur Reaktion nach Wassermann, Bauer-Hecht und Stern), von R. Bernard und L. van Boeckel-Brüssel. S. 96. Zur sicheren Diagnosenstellung und zur Erlangung eines Urteils über den Verlauf der Erkrankung und über den Einfluß der Behandlung muß man gleichzeitig alle drei Reaktionen anstellen. Entsprechend ihrer Empfindlichkeit kann man sich bei den Reaktionen nach Bauer-Hecht und Stern mit 0,2 ccm Serum begnügen, während man beim Wassermann eine ganze Skala von Verdünnungen anwenden muß.

Essais sur le traitement de la blennorrhagie avec la gonacrine intra-veineuse (Studie über die Behandlung der Blennorrhoe mit intravenösen Gonakrineeinspritzungen), von A. Synghellakis-Alexandria. S. 109. Neben guten Erfahrungen mit Gonakrine (Diamino-methylakridin-chlorhydrat) teilt Verf. einen Fall von schwerer Nephritis mit, die er nach der elften Einspritzung erlebte. Ohne die Chemotherapie zu unterschätzen, hält er die Kombination von endourethraler Diathermie und Chemotherapie für die Methode der Wahl.

A propos de la lutte contre les maladies vénériennes (Zum Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten), von Carry-Lyon. S. 115. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hat sich nicht auf die Behandlung allein zu beschränken, sondern sie muß vor allem einsetzen mit einer regelmäßigen, zweimal wöchentlich vorzunehmenden Untersuchung der Prostuierten, womit in Lyon gute Erfahrungen gemacht wurden.

Considérations actuelles sur quelques particularités de la contagion syphilitique (Aktuelle Betrachtungen über einige Eigentümlichkeiten der luetischen Ansteckung), von Belgodère. S. 123. In seiner bekannt launigen Art schildert Verf. an der Hand von Beispielen aus der Praxis, wie heute weniger die gewerbsmäßige Dirne als vielmehr die Bürgersfrau, die sich einmal einen Seitensprung erlaubt hat, häufig die Überträgerin der Lues ist. Und ähnlich, wie wir es während der Inflation erlebt haben, brachte Frankreich der sinkende Franken eine Überflutung mit Ausländern, die auf die Morbiditätsziffer der Lues nicht ohne Einfluß geblieben ist. F. Landauer-Berlin.

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 3

Das zystoskopische Bild der Strangurie bei akuter Anilinvergiftung, von K. Scheele und M. Stolze, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 161. Der Verf. bringt durch seinen mitgeteilten Fall den einwandfreien Beweis, daß schwere Blasenveränderungen als wesentliche Teilerscheinung der akuten Anilinvergiftung vorkommen können. Subepitheliale Blutungen, verstreut über die ganze Blase, sind die anatomische Unterlage für die beobachtete Strangurie und Hämaturie. Ob die bei den Anilinarbeitern beobachteten Tumoren auf die Anilinvergiftung zurückzuführen sind, ist trotz vielfacher Beobachtungen nicht sicher. Jedenfalls müssen die Sicherheitsmaßregeln bestehen bleiben.

Zur Kasuistik der Irrtümer bei Röntgendiagnostik der Blase, von S. Werboff-Petersburg, zur Zeit Berlin. S. 167. Die Röntgenaufnahme ergab einen scharf ausgeprägten, wallnußgroßen Schatten in der Blasengegend, der für einen Blasenstein gehalten wurde. Die Zystoskopie ergab nichts dergleichen. Die gynäkologische Untersuchung stellte ein verkalktes Myom fest.

Über eine neue Behandlungsmethode der Gonorrhoe (mit besonderer Berücksichtigung der gonorrhoischen Komplikationen), von O. Sachs-Wien. S. 169. Der Verf. will mit 20%iger wässeriger steriler Natr.-salicyl-Lösung intravenös (5—15 ccm) ohne lokale Behandlung akute und chronische Blennorrhoe, Epididymitis, Prostatitis und Vesikulitis, Arthritis, Urethrozystitis in über 50% der Fälle geheilt haben. In einigen Fällen mit lokaler Behandlung sehr schnelle Erfolge.

Zur Therapie der reflektorischen Anurie, von K. Haslinger-Wien. S. 174. Bei reflektorischer Anurie, deren Ursache sehr verschiedenartig ist, wie Phimosis, Striktura,

Digitized by Google

bei Tumoren an der Uretermündung, bei Eingriffen an der Blase, Prostatatektomien, bei Ureterkomplikationen, bei tuberkulösen Granulationen, bei neoplastischen Veränderungen, Nephrolithiasis hat der Verf. durch intervertebrale Injektion, deren Technik er angibt, von $^1/_2$%igem Novokain gute Erfolge erzielt, die unter Umständen wiederholt werden müssen. Auch die Operation der Dekapsulation, die nicht nur eine Entspannung der Niere, sondern auch durch die Zerstörung der Nerven eine Beeinflussung der sekretorischen Tätigkeit der Niere bewirkt, wird evtl. als notwendig bezeichnet.

Experimentelle Untersuchungen über die Ursachen der reflektorischen Anurie, von R. Lichtenstern-Wien. S. 181. Wesen und Entstehen der reflektorischen Anurie sind bis jetzt noch unklar. Die vom Verf. gemachten Experimente ergaben, daß die Schädigung des sympathischen Apparates (Dekapsulation) der einen oder beider Nieren und die fast vollkommene Ausschaltung der sympathischen Versorgung der einen Niere (Splanchnikusdurchschneidung) keine schweren Störungen in der Nierentätigkeit zur Folge hatten. Im allgemeinen kann man den Standpunkt vertreten, daß die zweite Niere schon geschädigt sein muß, und daß die Anurie mit allergrößter Wahrscheinlichkeit bedingt wird durch die Resorption von Nephrotoxinen, die in der zum Verschluß gebrachten Niere sich entwickelt hatten. Durch seine Versuche hat der Verf. erwiesen, daß die zweite Niere jedenfalls nicht intakt gewesen sein wird.

Über die Formveränderung der Fremdkörper in der Harnblase, von P. Gorowitz-Odessa. S. 190. Beobachtung zweier Fälle. 1. Das Stück eines Katheters fand sich um den Hals eines pilzförmigen Blasensteins umschlungen und verknotet; 2. eine Wachskerze, zu einem Wachsklumpen kompliziert verschlungen. In beiden Fällen Sectio alta. Beim Zustandekommen derartiger Verschlingungen spielt nach Verf. die starke und häufige Kontraktion der Wand der entzündlich gereizten Blase die Hauptrolle. In zweiter Linie steht die häufig vorkommende Knickung des weichen bandförmigen Gegenstandes beim Hineinschieben in die Blase.

Seltene Anomalie der Urogenitalorgane: doppelter Penis, von C. Bruni-Neapel. S. 193. Ein sehr interessanter Fall von doppeltem Penis; zwei Penisse, die sich von der Medianlinie entfernen, von normaler Größe mit Vorhaut bedeckt. Die Eichelschleimhaut geschrumpft; in jedem der zwei Säcke ein Hoden, normaler Meatus, die Harnröhre normal und durchgängig. An den Hodensäcken je eine Analöffnung, zwei Blasen. Die Nieren normal, Ureteren und Nierenbecken desgleichen, aber jede Blase einen Harnleiter. Prostata normal, Mastdarm gegabelt; jede Partie mit eigener Öffnung. Bisher sind 20 Fälle beobachtet. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn-Breslau. (Bd. 1, I. Teil: Anatomie der Haut, von B. Bloch, F. Pinkus, W. Spalteholz. Verlag J. Springer, Berlin 1927. Preis RM. 87.—, geb. 93.—.) Es liegt im Plane des groß angelegten Jadassohnschen Handbuches, daß die einzelnen Kapitel selbständige Monographien darstellen, die den Stempel der Individualität ihres jeweiligen Verf. tragen. So herrscht im ersten Kapitel, der Anatomie der Haut, welches — völlig zu Recht — F. Pinkus übertragen wurde, der Geist dieses verdienstvollen Forschers der Haare, des langjährigen Referenten für Hautanatomie und Entdeckers der Haarscheiben. Gemäß seiner Vorliebe für makroskopische Betrachtungsweise, nimmt die Schilderung der Hautoberfläche, der Haare und Nägel einen verhältnismäßig breiten Raum ein, wie es bisher wohl in keinem dermatologischen Buche der Fall gewesen ist, während die mikroskopische Bearbeitung der Hautdecke dagegen etwas in den Hintergrund tritt. Einzelne Kapitel, wie das umfangreiche über Faltenbildung, wachsen dadurch über den rein dermatologischen Rahmen hinaus in das Gebiet der vergleichenden Anatomie. Trotzdem hat man aber immer das wohltuende Gefühl, daß der Verf. hier vollkommen zu Hause ist und Selbstverarbeitetes gibt. Sehr viel kürzer ist der histologische Teil, der Hauptsache nach ein objektives Referat der Arbeiten anderer. Offenbar hat die Unsicherheit der mikroskopischen Grundlage, welche durch die Theorie von Friboes entstanden ist, den Verf. von einer ganz selbständigen Bearbeitung der Haut-histologie abgeschreckt. Rühmend muß demgegenüber die Schilderung des Haarkleides hervorgehoben werden. Hier befindet sich Pinkus auf seinem eigenen Arbeitsfelde, und sowohl die ungemein gründliche Darstellung aller einzelnen Haarwirbel, Haarströme und

Digitized by Google

Haargruppen, wie auch die durch Abbildung zahlreicher Plattenmodelle vortrefflich illustrierten mikroskopischen Präparate der Haare, Talgdrüsen und Haarmuskeln gehören zu dem Lehrreichsten, was bisher auf diesem Gebiete geleistet worden ist. Mir persönlich gereicht — nach 50jähr. Arbeit auf demselben Felde — das Erscheinen dieses vorzüglichen Werkes zur besonderen Freude. Ist es doch ein Beweis, daß gründliche Arbeit unter Anwendung neuer Methoden selbst auf diesem vielbeackerten Felde noch reiche Früchte hervorbringen kann. P. G. Unna-Hamburg.

Chirurgische Mykosen (Micosi chirurgiche), von G. Bolognesi und A. Chiurco. (Siena liberia editrice senese, 1927, Bd. 1.) Dieses soeben erschienene Werk wird nach seiner Vollendung 1200 Seiten und 500 Bilder enthalten. Die Verff. teilen den Stoff ein: 1. in wohldeterminierte Mykosen, 2. nichtdeterminierte, 3. gemischte oder Polymykosen, 4. zweifelhafte Mykosen, 5. unechte oder Pseudomykosen. Die wohldeterminierten Mykosen sind in 22 Kapitel eingeteilt, und zwar Aktinomykose, Mukormykose, Saccharomykose, ein äußerst wichtiges Kapitel, dann die Mykosen durch Malbranchea, Oospora, Monilia, Mykoderma, Trichosporon, Madurella, Indiella; Aspergillus, Sterigmatozystis, Penizillium, Akremonium, Sporotricheum, Monosporium, Hemispora, Akremoniella, Haplographium. Das Kapitel über die unechten Mykosen enthält die Botriomykosen und die Staphylomykosen. Der erste Teil enthält nur ein Kapitel über das allgemeine Wesen der Mykosen und 2 Kapitel über die wohldeterminierten Mykosen, das sind die Aktinomykosen und die Mukormykosen. Das Kapitel über die Aktinomykosen behandelt in vorbildlicher Weise das allgemeine Wesen des Pilzes, seine Ätiologie, die experimentelle Pathologie, die Behandlung, die Prognose und Diagnose; dieses große Kapitel ist in 22 Unterabteilungen, und zwar je nach dem verschiedenen Sitz auf dem Körper, eingeteilt. Das 2. die Mukormykosen behandelnde Kapitel enthält die Abhandlung über die humanen pathogenen Schimmelpilze; es ist in 6 mit wunderschönen Abbildungen und reichlicher Literatur versehene Unterabteilungen eingeteilt. Das Werk wird nach seinem Gesamterscheinen nicht bloß unentbehrlich für den Pathologen und den klinischen Chirurgen werden, sondern auch für alle anderen Spezialisten der chirurgischen Zweige, darunter für den Stomatologen, für den Otorhinolaryngologen und endlich auch für den Dermatologen, welche alles das dort finden werden, was in der Wissenschaft über die Lokalisation einer jeden der genannten Mykosen bekannt ist und dessen Studium in einer nahen Zukunft notwendig sein wird, da das Werk selbst eine Quelle und einen Ausgangspunkt für weiteres Studium auf dem Gebiete der Mykologie bilden wird. Und so ist es nicht verwunderlich, wenn für dieses hochbedeutende Werk, zu dem man die beiden auf dem Gebiete der Mykologie wohlbekannten Verff. beglückwünschen muß, sich schon jetzt ein äußerst reges Interesse zeigt. Dasselbe wird nach seiner Vollendung im ganzen in Italien 300 Lire, im Ausland 500 Lire kosten. E. Freund-Triest.

Ansteckende und nichtansteckende Geschlechtskrankheiten, ihre Erkennung und Unterscheidung, von F. Callomon-Dessau. (Flugschriften der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, H. 26.) Diese Bezeichnung ist hier in weiterem Sinne für die Krankheiten der Geschlechtsteile gewählt, während wir ja sonst natürlich die Geschlechtskrankheiten im eigentlichen Sinne durchaus als ansteckend betrachten. Aber es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß sie nicht die einzigen ansteckenden Krankheiten der Geschlechtsteile sind, und daß es hier außerdem noch eine Fülle anderer Krankheiten gibt, deren Abgrenzung von den ersten beiden Kategorien eben nur dem geschulten Arzte möglich ist. Der Leser wird aus der trefflichen Darstellung ersehen, daß die Forderung der Ärzte, die Behandlung von Krankheiten der Geschlechtsteile ausnahmslos dem Arzte vorbehalten zu sehen, eine wohlbegründete Grundlage hat und tatsächlich im Interesse der Kranken und auch der durch sie gefährdeten Gesunden erhoben werden mußte. Sache der Behörden wird es nunmehr sein, sich auch diese Ausführungen zu eigen zu machen und den gesetzlichen Bestimmungen restlos zur Durchführung zu verhelfen. E. Levin-Berlin.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten durch die neueste Gesetzgebung, von Rechtsanwalt und Notar P. Posener. (Verlag Fichtner & Co., Berlin 1927.) Die Schrift ist kein Kommentar des Gesetzes; sie setzt sich die Aufgabe, seinen Inhalt und Zweck dem Verständnis des Volkes, das ja in seiner ganzen Masse Objekt dieses Gesetzes sein soll, näherzubringen. Ein lobenswertes und nützliches Unternehmen, da allerdings weiteste Kreise — auch unter den Gebildeten — keine Ahnung von dem haben, was hier nach so lange hingezogenen Verhandlungen und mehrfachen ergebnislosen Versuchen schließlich nur durch Kompromisse der verschiedensten Art Gesetz geworden ist. Das hat wohl auch der Verf. empfunden, und dieses Gefühl gibt seiner

Digitized by Google

Darstellung eine gewisse Nüchternheit, die die Zuversicht auf eine durch das Gesetz zu erhoffende Besserung der einschlägigen Verhältnisse nicht recht aufkommen läßt. Einen sehr wichtigen Hinweis auf die Schwierigkeiten der Durchführung gibt er in bezug auf die Kostenfrage und die Zurückdrängung der Zuständigkeit des Reiches zugunsten partikularistischer Ländereinrichtungen sowie der Mitwirkung der Polizei, die man ja schließlich in dem Gesetze nicht ganz ausgeschlossen hat, deren Hilfe aber besonders von den weiblichen Befürwortern des Gesetzes (die vielleicht dem von dem Verf. richtig gekennzeichneten Machwerk „Vom Leben getötet" nicht ganz fernstehen) nur ungern in Anspruch genommen wird. In der Tat wird aber, wenn überhaupt von einer Erfassung der Geschlechtskranken die Rede sein soll, die Mithilfe der (männlichen oder weiblichen) Polizei unentbehrlich sein. Denn weder werden Geschlechtskranke betreffende Anzeigen, mit denen praktisch etwas anzufangen ist, durch andere Personen, meist also wohl durch angesteckte, in wesentlichem Umfange erfolgen (warum solche übrigens nicht anonym sein dürfen, ist uns nicht erfindlich; das Gesetz enthält eine derartige Beschränkung nicht), noch ist auf eine irgendwie in Betracht fallende Zahl von Meldungen seitens der behandelnden Ärzte zu rechnen (die bisherigen Erfahrungen mit der Meldung offener Tuberkulosen sprechen eine beredte Sprache!), und die Personen, die, weil sie in dringendem Verdachte stehen, geschlechtskrank zu sein und ihre Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, die also mehr oder weniger durch den Kreis der Prostituierten dargestellt werden, müssen zunächst durch eine Behörde erfaßt werden, die sich als solche charakterisieren kann, d. h. doch wohl die Polizei. Hier liegt der Angelpunkt des Gesetzes, denn wenn das nicht geschieht, sind alle sanitären — und ebenso auch ein großer Teil der pflegerischen — Maßnahmen illusorisch. Darüber, wie er sich dies in der Praxis denkt, hätten wir gern von dem Verf. mehr erfahren; jedenfalls glauben wir, daß er irrt, wenn er annimmt, daß eine wiederholte Untersuchung aus § 4 Abs. 1 Satz 2 seitens des untersuchenden Arztes deshalb allein beantragt werden kann, weil einmalige Untersuchung nicht immer zur Feststellung des Gesundheitszustandes genügt; sie kommt vielmehr wesentlich bei den oben charakterisierten Personen und hier eventuell als regelmäßige sanitäre Maßnahme in Betracht. Ein Irrtum bzw. Druckfehler ist es auch, wenn auf S. 16 unter a Abs. 2 davon die Rede ist, daß dem „Anzeigenden" Gelegenheit gegeben werden muß, sich über die Verdachtsgründe vernehmen zu lassen; es ist wohl der „Angezeigte" gemeint. Auch ist die Abänderung des bisherigen § 361 Nr. 6 SGB in § 15 III, nicht II des Gesetzes enthalten, deren praktische Auswertung jedoch (nicht zugunsten der sanitären Erfordernisse) nach den Ausführungen des Verf. eine minimale sein wird. Wie gesagt, liegt es wohl in dem Gesetze selbst, wenn die im übrigen eingehenden und klaren Darlegungen des Verf. nicht ganz befriedigen können; vielleicht nimmt er nach Erscheinung der Ausführungsbestimmungen, die gerade bei diesem Gesetze eine große Rolle spielen werden, noch einmal das Wort.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

c. Ätiologie und Diagnose

Weitere Untersuchungen zur Frage der latenten (symptomlosen) Infektion bei der experimentellen Syphilis des Kaninchens, von P. Uhlenhuth und H. Grossmann, Hyg. Univ.-Inst. Freiburg i. Br. (Kl. W., 1927, Nr. 7, S. 292.) Im Verlaufe ihrer weiteren experimentellen Studien sind Verff. zu einer Reihe interessanter Beobachtungen gelangt. Sie konnten feststellen, daß selbst bei massivster intravenöser Injektion die Erkrankung monatelang latent verlaufen kann; andererseits kam es bei vorsichtiger Einträufelung des Impfmaterials ohne Verletzung der Schleimhaut in die Scheide ebenfalls zu symptomlos bleibenden latenten Infektionen. Diese wurden durch die Verimpfung der Poplitealdrüsen und von Organüberimpfungen sichergestellt. Dabei ergab sich, daß, so zuverlässig die Poplitealdrüsenimpfung auch ist, sie doch in manchen Fällen versagt, und daß es besser ist, sich nicht allein auf diese Überimpfung zu verlassen, sondern daß man bei exakter Arbeit auch noch Organüberimpfungen vornehmen muß. Die Möglichkeit des Nachweises ist nicht nur von der Zuverlässigkeit der Methodik abhängig, sondern vor allem auch von der Menge des Impfstoffes und von der Virulenz des Stammes, da auch die latente Infektion um so leichter angeht, je virulenter der Stamm ist. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

d. Serologie

Über die Bedeutung der Wasserstoffionenkonzentration für die Wassermann-Reaktion, von C. Stern, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. (Kl. W., 1927, Nr. 7, S. 310.) Verf. konnte feststellen, daß das Differieren der Resultate bei der WR in verschiedenen Laboratorien oder in den gleichen, aber an verschiedenen Tagen mit denselben Seren wohl damit zusammenhängt, daß in den Seren bzw. in den Extraktlösungen die Wasserstoffionenkonzentration schwankt. Er konnte beobachten, daß verschiedene Kochsalzlösungen, Extrakte, Aqua dest. usw. einen verschiedenen p_H-Gehalt aufwiesen, ferner daß das Offenstehen von Chemikalien im Laboratorium, das tagelange Stehenlassen der Sera und vieles andere die Wasserstoffionenkonzentration beeinflußt. Er fordert daher: 1. Unterlassung aller chemischen Untersuchungen, bei denen Säure oder Alkali in Gasform sich entwickelt, in den serologischen Laboratorien. 2. Prüfung aller zur serologischen Arbeit zu benutzenden Glassachen darauf, ob sie Alkali abgeben. 3. Einstellung aller Extrakte, Kochsalzlösungen, Aqua dest. auf die gleiche Wasserstoffionenkonzentration kurz vor Benutzung. 4. Prüfung der Sera auf ihre p_H-Konzentration vor Beginn der Reaktionsanstellung. Am besten wäre eine einheitliche Einstellung aller Reagentien in den mit serologischen Untersuchungen beschäftigten Laboratorien auf eine bestimmte Wasserstoffionenkonzentration. E. Langer-Berlin.

Meinickes Trübungsreaktion, von Jakubowitsch. (Moskowski Medicinski Journal, 1927, Nr. 3.) Unter 4360 Seren fiel die WR in 937 Fällen, d. h. in 21,49%, und die MTR in 884 Fällen, d. h. in 20,27%, positiv aus. Beide Reaktionen stimmten somit in 98,4% der Fälle überein. A. Jordan-Moskau.

Über die Brauchbarkeit der Blutkuchen-WR nach Dold, von H. Groß, Inst. E. v. Behring, Marburg a. L. (M. m. W., 1927, Nr. 8, S. 318.) Von Dold wurde die Anstellung der WR mit dem Blutkuchen für alle Fälle empfohlen, in denen die eingesandte Serummenge zur Anstellung der Reaktion in der üblichen Weise mit Serum in $^1/_4$- oder $^1/_2$-Dosen zu gering ist. Von Spranger ist die Doldsche Blutkuchen-WR dann einer Nachprüfung unterzogen, als eine Bereicherung der Technik anerkannt, ihr Wert aber nur auf die mit dieser Methode sicher positiven Resultate abgegrenzt worden, während die Verwertbarkeit der negativen und vieler zweifelhafter Resultate sehr gering sein soll. Dolds Assistent Groß hat nun an einem Material von 1000 Fällen die Untersuchungen Sprangers nachgeprüft. Es wurden von derselben Blutprobe erstens das Serum, zweitens der Blutkuchenextrakt mit gleicher Technik, gleicher Ambozeptorverdünnung, Hammelblutaufschwemmung und dem gleichen Komplement an dem gleichen Tage untersucht. Das Resultat war: völlige Übereinstimmung in 93,3%, geringe Abweichungen in 2,3%, stärkere Abweichungen in 0,9%, Eigenhemmung bei der Serum-WR in 2,2%, Blutkuchen-WR in 0,7%. Die Ansicht Sprangers von dem ausschließlichen Wert der positiven Resultate der Blutkuchen-WR konnte Verf. durch seine Reihenuntersuchungen durchaus widerlegen. Er empfiehlt die Blutkuchen-WR in allen Fällen, in denen das Serum ausgelaufen ist oder Eigenhemmung zeigt, da bei der neuen Methodik häufig die Eigenhemmung nicht mehr auftritt. F. Jacobsohn-Berlin.

Die diagnostische Bedeutung der pathologischen Spinalflüssigkeit für die Syphilis des Nervensystems, von Kulkow. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 5.) Verf. schließt seine ausführliche und interessante Übersicht über die Bedeutung des pathologischen Liquors für die Diagnose der Neurolues mit den Worten: „Wenn auch zugegeben werden muß, daß die frühen Stadien der Syphilis noch nicht genügend untersucht sind in bezug auf die Pathologie der Lumbalflüssigkeit, um mit Bestimmtheit zu sprechen von der prognostischen Bedeutung dieser Veränderungen, so gibt das Bild der Spinalflüssigkeit bei der Spätsyphilis infolge genauer Erforschung derselben eine größere diagnostische Handhabe." A. Jordan-Moskau.

Die Schellackreaktion des Liquor cerebrospinalis. II. Mitteilung, von A. Marchionini. (Kl. W., 1927, Nr. 11, S. 501.) Als Ergänzung der Reihenreaktionen für die Untersuchung des Liquors wurde vor einiger Zeit vom Verf. die in einem einzelnen Röhrchen sofort ablesbare, hoch kolloidempfindliche und deutlich reagierende Schellackreaktion angegeben, die sich auch bei weiteren Nachprüfungen bewährt hat. Während Verf. aber bisher nur mit dem braunen Schellack gearbeitet hat, empfiehlt er nunmehr den weißen oder gebleichten Schellack zur Herstellung des Schellackhydrosols. Die Resultate sind ebenso zuverlässig, nur hat das Hydrosol mit dem weißen Schellack eine geringere Elektrolytempfindlichkeit. Das Schellackhydrosol ist nahezu wasserklar und bleibt auch so mit normalem Liquor, während pathologischer sofort nach Ansetzen trübt. Im Agglutinoskop sieht man mehr oder minder starke Flockung. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

e. Therapie

Über die Behandlung der Syphilis vom sozialen Standpunkt, von K. Pándy-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1926, Nr. 32 [Ungarisch].) Verf. betrachtet die Heilbarkeit der Syphilis vom Standpunkte des Neurologen und Psychiaters und sucht auf Grund seiner 30jähr. Erfahrung eine Antwort auf folgende Fragen: Ist die Syphilis derart heilbar, daß sie weder den Mitmenschen noch der Familie, noch der Allgemeinheit einen weiteren Schaden zufügen kann; hilft die heutige Behandlung der Syphilis über diese Gefahren hinweg, und womit lassen sich diese Gefahren vermindern oder beseitigen? Die Heilung der Syphilis ist vom individuellen Standpunkt anders zu bemessen als vom sozialen. Der Organismus kann in jedem seiner Teile von Syphilis befallen sein; er kann an der aktivsten und gefährlichsten Syphilis leiden, ohne daß klinische oder serologische Symptome vorhanden wären. Solch eine Syphilis kann aber ebenso infektiös sein wie die klinisch wahrnehmbare. Der Syphilitiker sollte in stetem Kontakt mit dem Arzte stehen, der sein Augenmerk vor allem auf die Konstitution und das Nervensystem des Kranken zu richten hat. Die soziale Behandlung der Syphilis ist von der individuellen nicht zu trennen. Nach der einstimmigen Meinung zahlreicher und namhafter Verf. ist die heute allgemein angewendete Syphilisbehandlung nicht nur nicht geeignet, die viszerale und Neurolues zu verhüten, sondern sie beschleunigt sogar ihr Zustandekommen. Die Therapie des Dermatologen, welche sich gegen die bedingt auftretende Metalues richtet, erreicht also gerade das Gegenteil ihres Zieles (!). Der zweite Teil der sozialen Syphilistherapie besteht in der Beseitigung der Infektiosität der Syphilis. Wir sind nicht imstande, die Spirochäten im menschlichen Organismus zu vernichten; in der Ehe ist die Frau des syphilitischen Mannes bzw. der Mann der syphilitischen Frau fast immer auch syphilitisch, wenn auch symptomlos, ebenso die Kinder. Die Kinder solcher Mütter dürfen nicht von Ammen gesäugt werden. Die antiluetische Therapie während der Schwangerschaft ist für den Fötus nicht immer vorteilhaft, die Mutter wird hingegen kaum geheilt. Die vor der Eheschließung vorgenommene ärztliche Untersuchung ist in ihrer heutigen Form ungenügend und unzweckmäßig. Die Individuen sind nicht auf Haut-, Liquor- und Serumsymptome, sondern daraufhin zu untersuchen, ob sie nicht etwa in ihrem Organismus Spirochäten oder „Spirochätenknospen", wie sie von Buschke, Kroó, Meirowsky u. a. beschrieben worden sind, beherbergen. In dieser Hinsicht ist nur von der Tierimpfung ein Ergebnis zu erwarten. Die Ehe sollte man eigentlich nur Individuen erlauben, die vorher nie kohabitiert haben. Das Nachtleben wäre, als beste Gelegenheit der Syphilisverbreitung, stark einzuschränken. Wenn es erlaubt ist, die Wohnung von mit akuten Infektionskrankheiten Behafteten mit auffallenden Merkmalen zu bezeichnen, warum sollten dann nicht auch die Lokale der Prostitution und die Prostituierten, welche quasi die Syphilis verkaufen, auffallend bezeichnet werden können? Die Freudenhäuser sind zu sperren; der Verkehr mit Prostituierten ist auf die Dämmerstunden — noch vor der Zeit des Alkoholrausches — einzuschränken. Von der Kontrolluntersuchung der Männer hat man sich keinen praktischen Erfolg zu versprechen. Das Versprechen der Heilbarkeit der Syphilis unterstützt eigentlich ihre Verbreitung; es beruhigt die Menschen mit falschen Illusionen und macht sie leichtsinnig. Die soziale Heilung der Syphilis beruht nicht auf einer größer angelegten Therapie, sondern auf der obligaten sexuellen Reinheit beider Geschlechter und der Erziehung zu dieser.

K. v. Berde-Szeged.

Früh- oder Spätbehandlung der Syphilis? von A. Poehlmann, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1927, Nr. 8, S. 307.) Beobachtungsmaterial von 96 seronegativen Primäraffekten, darunter 10 Fälle mit positiver Schwankung, Beobachtungszeit und serologische Kontrolle von mindestens einem Jahre. Alle 96 Fälle, von denen 61 eine, 21 zwei, 4 drei und die 10 Fälle mit positiver Schwankung 3mal eine und 7mal zwei Kuren, meist kombinierte, durchgemacht hatten, blieben klinisch und serologisch ein Jahr rezidivfrei. Da Verf. (u. a. Autoren) unter „Heilung" die klinische und serologische Rezidivfreiheit über mindestens ein Jahr nach Behandlungsabschluß verstehen, bei der Mehrzahl der Fälle die Beobachtungszeit hier sogar wesentlich länger war, scheint ihm der Beweis genügend, eine definitive Heilung seiner Fälle anzunehmen. Er führt diesen Erfolg auf das Salvarsan zurück, das auch in angeführten vereinzelten Fällen von Unterdosierung zur Heilung führte. Demnach erscheint ihm die möglichst frühzeitige Behandlung der seronegativen Primärlues nach wie vor die Methode der Wahl und das Abwarten von Sekundärerscheinungen unstatthaft und als gefährliches Experimentieren. Daß von den angeführten 3 Fällen von geringer, anscheinend hier zur Heilung schon genügender Dosierung 33%, nämlich 1 Fall, allein auf 180 g Ungt. cin. „heilte", über-

Digitized by Google

haupt insgesamt nur 17 Fälle reine Salvarsankuren waren, verdient immerhin hervorgehoben zu werden. F. Jacobsohn-Berlin.

Über antisyphilitische Behandlung während der Schwangerschaft und die damit erzielten Resultate unter Zugrundelegung von 118 Fällen von in der Gravidität behandelten syphilitischen Frauen (Om Antisyfilitisk Behandling i Svangerskabet og de derved opnaaede Resultater paa Grundlag af 118 Tilfaelde af under Graviditeten behandlede syfilitiske Kvinder), von A. Kristjansen. (Hospit. tid., 1927, Jg. 70, Nr. 5, S. 97.) Die Resultate, die mit einer energischen antisyphilitischen Behandlung bei 108 Frauen mit 118 Graviditäten im Laufe der Jahre 1921—1925 in der Poliklinik des Rudolf-Berghs-Hospital in Kopenhagen erzielt wurden, sind als durchaus befriedigend zu bezeichnen. In den meisten Fällen handelte es sich (66) um eine frische, seit 1—3 Jahren bestehende Infektion; aber es kamen ebenso auch Fälle von alter Syphilis, von kongenitaler Syphilis (3) und von im letzten Halbjahre vor der Entbindung (8) akquirierten Syphilis vor. Mit der Behandlung wurde möglichst frühzeitig begonnen, indem zunächst eine Serie von Injektionen von Neosalvarsan bzw. auch Bi und Hg gegeben wurde, worauf eine Pause gemacht wurde, um die Behandlung dann bis zur Entbindung wieder durchzuführen. Nach den verschiedentlich bestätigten Beobachtungen, daß Spirochäten in der Plazenta nicht vor dem 5. bis 6. Monat der Schwangerschaft angetroffen werden (was K. durch das Bestehen der Langhansschen Zellschicht an den Chorionzotten während der ersten 3—4 Monate der Schwangerschaft erklärt), ist es für einen günstigen Ausgang der Gravidität wohl genügend, wenn die Behandlung ungefähr in der Mitte der Schwangerschaft einsetzt mit wöchentlichen Injektionen von Neosalvarsan (0,3—0,75) und 6—8 Wochen lang unter Hinzufügung von 6—8 Injektionen von Wismut oder einem Quecksilberpräparat durchgeführt wird. Nach achtwöchiger Pause wird in derselben Weise dann weiterbehandelt. Die verwendete Gesamtmenge Neosalvarsan betrug in der Regel 4—5 g, die größte verabreichte Menge betrug 11,25 g. Nur bei einer einzigen Pat. mußte die Neosalvarsanbehandlung wegen Erbrechen, Diarrhoe und Albuminurie aufgegeben werden. Abort trat außer in diesem Falle sonst nur dreimal ein. Von den anderen 114 Kindern blieben 102 am Leben und waren nachweislich gesund, die erste Serie sogar am Ende von 5 Jahren. Dieses Resultat von 86% lebenden Kindern übertrifft die von Bishop Harman aufgestellte Statistik, der zufolge im allgemeinen auf 100 Schwangerschaften nur 79 lebende gesunde Kinder zu erwarten sind. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Grundlagen zur gemeinsamen Bekämpfung der Familiensyphilis durch den Frauen- und den Kinderarzt, von C. Noeggerath-Freiburg i. Br. (M. m. W., 1927, Nr. 10, S. 393.) Erfolgreiche Bekämpfung der Erbsyphilis ist nur möglich durch Fürsorge für Mutter und Kind, und zwar in der Schwangerschaft beginnend. Der Vater soll nur behandelt werden, wenn er nachweisbar krank ist, die Schwangere dagegen in jedem Fall auch vorsorglich, falls sie jemals mit einem syphilitischen Manne in Berührung gekommen ist. Vorbeugende Behandlung besteht in gemeinsamer Anwendung von Salvarsan und Hg (Bi). Kinder schlecht vorbehandelter Mütter sind unbedingt zu behandeln, auch wenn ohne Erscheinungen. Die Behandlung syphilitisch kranker Kinder sei energisch und nachhaltig; im einzelnen gelten für das Behandlungsschema die alten, bewährten Anwendungsrichtlinien des Salvarsans, des Hg zur Inunktion und innerlichen Darreichung. Die Gesamtpflege des Kindes ist nicht zu vernachlässigen, damit nicht die Injektionen zwar gelingen, das Kind aber darüber stirbt. H. Lippert-Köln.

Treatment of Neurosyphilis (Behandlung der Nervensyphilis), von S. Hecht-New York. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 6, S. 403—405.) Bei jedem Syphilitiker sollte die Möglichkeit einer Nervensyphilis in Betracht gezogen und deshalb eine energische, über mehrere Jahre ausgedehnte kombinierte Behandlung mit Salvarsan, Wismut, Quecksilber, Jod vorgenommen werden. Neurosyphilis wurde niemals bei Pat. beobachtet, die starke Hautreaktionen aufgewiesen hatten; darum könnte man es für berechtigt halten, mit der Behandlung bis zum Auftreten der Sekundärerscheinungen zu warten. Als spezielle, gegen die Nervensyphilis gerichtete Methoden kommen noch in Betracht: Lumbalpunktion nach einer intravenösen Salvarsaneinspritzung, Wiedereinspritzen einer mit geringen Salvarsanmengen versetzten Spinalflüssigkeit in den Rückenmarkskanal, Blutentnahme eine Stunde nach einer Salvarsaneinspritzung in einer Menge, daß sich 15 ccm Serum ergeben, Aufbewahren im Eisschrank über Nacht, am nächsten Morgen eine halbe Stunde lang zentrifugieren, 12 ccm des klaren Serums abpipettieren und eine halbe Stunde im Thermostaten bei 56° aufbewahren und dann nach Lumbalpunktion, bei der 10 ccm entleert werden, in den Lumbalsack einspritzen. Diese letzteren Methoden sind nicht

Digitized by Google

ohne Gefahren, die zu ihren möglichen Folgen in keinem Verhältnis stehen. Auch das Tryparsamid, das eine besondere Fähigkeit hat, in das Nervengewebe einzudringen, das aber leicht schwere Augenerscheinungen im Gefolge hat, ist abzulehnen. Dagegen kann die Malariabehandlung in Fällen von Paralyse und Taboparalyse, die mit starkem Fieber reagieren, günstig wirken, wenn andere Behandlungen versagten. In neuester Zeit wird versucht, Malaria durch Rattenbißfieber zu ersetzen. E. Levin-Berlin.

Zur Behandlung der Syphilis mit intravenösen Injektionen eines Gemisches von Hg, Jod und Salvarsan, von Ishewski. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 4.) Trotz einer sehr großen Anzahl eigener Injektionsversuche mit dem Szily-Hallerschen Hg-, Jod-Salvarsangemisch spricht sich Verf. doch sehr vorsichtig über diese Syphilisbehandlung aus, indem er seine Arbeit schließt mit den Worten: „In einigen Fällen kann diese Behandlung sich nützlich erweisen." A. Jordan-Moskau.

Über Spirozidbehandlung der Neugeborenen, nebst weiteren Leitsätzen zur Präventivkur, von E. Klaften, I. Univ.-Frauenkl. Wien. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 7, S. 400.) Mit Spirozid hat Verf. bei kongenitalluetischen Kindern, bei denen sich aus irgend welchen äußeren Gründen eine Salvarsantherapie nicht durchführen ließ, gute Erfolge gehabt. In einer Reihe von Fällen ging die positive Seroreaktion zurück, und auch bei nachgewiesenen Spirochäten in der Nabelschnur kam es nicht zur Manifestation der Syphilis. Auch als Präventivkur hat sich die Spirozidbehandlung bewährt, am besten in der Kombination mit Protojoduret. Auch bei frühgeborenen nichtsyphilitischen Kindern wurde das Spirozid (insgesamt 4—6 g) angewandt. Durch das Arsen wurde hier das Knochenwachstum und die Funktion anderer Organe in günstiger Weise beeinflußt. Bei der Syphilis wurden natürlich erheblich höhere Dosen verabfolgt (bei der Präventivkur 15 g). Schädigungen ernster Natur durch diese großen Dosen wurden nicht beobachtet; in einigen Fällen kam es zum Auftreten eines 2 Tage dauernden Exanthems. Auch Temperatursteigerungen wurden beobachtet, die jedoch trotz Weiterbehandlung ebenfalls nach wenigen Tagen wieder zurückgingen. Verf. warnt vor allzu kleinen Dosen, die eher als Reizdosen wirken und die Erkrankung ungünstig beeinflussen können.
F. Landauer-Berlin.

Zur Behandlung der Syphilis mit dem russischen Wismutpräparat, von Golosowker und Klebanow. (Kasanski Medicinski Journal, 1927, Nr. 3.) Von dem russischen Wismutpräparat werden das Bismutogvi und Bismoverol nur von kräftigen Personen, das Biochinol von allen gut vertragen. Da die toxischen Erscheinungen von seiten der Nieren und der Mundhöhle zum Schluß der Behandlung zunehmen, müssen die Pausen zwischen den Einspritzungen während der zweiten Hälfte der Kur verlängert werden.
A. Jordan-Moskau.

Über die Fieberbehandlung der progressiven Paralyse, von P. Würz, Psychiatr. Univ.-Kl. Basel. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 10, S. 217—218.) Von 23 Paralytikern und 2 Taboparalytikern zeigten 12 Remissionen, davon wurden 9 wieder berufstätig. Es kamen 2 Todesfälle vor, von denen es jedoch fraglich erscheint, ob sie der Behandlung zur Last fallen, oder ob es sich um Anfallstod handelte. Paralytiker sollen so früh wie möglich der Fieberbehandlung zugeführt und in wenigen Anstalten konzentriert werden, damit diese in der Lage sind, einen gutartigen und in allen seinen Eigenschaften bekannten Stamm zu züchten. Der hier verwendete Stamm war auffallend milde; in der Hälfte der Fälle kam es nach 3—10 Fieberanfällen zur Spontanentfieberung. Trotzdem soll Chinin gegeben werden, damit nicht etwa eine latente Malaria weiterbesteht und zu Rezidiven führt. In dem Stamme wurden Gameten festgestellt, so daß theoretisch die Möglichkeit der Übertragung durch Anophelen bestand; Schutzvorrichtungen gegen deren Zutritt wurden deshalb angebracht. Da bei Pat., die nach 4 Monaten keine Besserung zeigten, wiederholte Malariainfektion nicht gelang, wurden diese erfolgreich mit Rekurrens geimpft, wodurch 3 Remissionen erzielt wurden. Die Rekurrensinfektion verläuft leichter, klingt nach 4—8 Fieberanfällen von selbst ab; die Anfälle dauern zwar etwas länger, liegen aber 8—10 Tage auseinander. E. Levin-Berlin.

Ein Fall von akuter Iritis nach Rekurrensimpfung bei progressiver Paralyse, von W. Feilchenfeld und Leibbrand, Kuranst. Westend. (Kl. W., 1927, Nr. 8, S. 360.) Nach wenigen nicht hohen Fieberanfällen trat die Iritis nach dem letzten Anfall einseitig auf. Der Verlauf war gutartig. Gleichzeitig fanden sich bei dem Kranken Hautblutungen, die nach 2—3 Tagen verschwanden. E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Quelques observations sur les streptobacilles de l'urètre normal; leurs rapports avec les bacilles du chancre mou (Einige Beobachtungen über die Streptobazillen der normalen Harnröhre; ihre Beziehungen zu den Bazillen des weichen Schankers), von A. de Assis. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 7, S. 472—474.) Aus 11 normalen männlichen Harnröhren wurden reichliche Kulturen banaler Mikroben auf Blut-Gelose von Cheval gezüchtet. In 8 dieser Fälle fanden sich Kolonien von Streptobazillen, die noch besonders weiter verfolgt wurden. Es handelte sich um gramnegative oder seltener gramzweifelhafte Kokkobazillen. Im Kondenswasser des Nährbodens kurze von Kokkobazillen oder längere von länglicheren Keimen gebildete, zum Teil sogar extrem lange Ketten. Die Keime sind im allgemeinen gramnegativ, bisweilen finden sich jedoch grampositive unter ihnen oder in einzelnen Ketten allein, wie dies auch beim Unna-Ducreybazillus der Fall ist. Die morphologischen und kulturellen Charaktere sind für den einzelnen Stamm keine feststehenden, sondern zeigen zahlreiche Variationen. Durch alle ihre Eigentümlichkeiten nähern sich diese Streptobazillen der normalen Harnröhre denen der aus Schankern und Bubonen isolierten. Für die Identifizierung mit dem gleichfalls sehr variablen Unna-Ducreybazillus müssen noch andere Mittel gesucht werden.
E. Levin-Berlin.

Quelques remarques à propos de l'article de M. R. Clément intitulé: L'étiologie du granulome vénérien, adénopathie inguinale subaiguë simple à suppuration intraganglionnaire (Einige Bemerkungen zum Artikel von R. Clément: Die Ätiologie des Granuloma venereum, Adenopathia inguinalis subacuta simplex mit intraglandulärer Eiterung), von M. Favre. (Presse méd., 1927, Nr. 8, S. 117.) Polemik gegen C. besonders wegen der Frage der Benennung des Leidens, wobei F. sein Prioritätsrecht auf die Bezeichnung im Verein mit Nicolas verteidigt. In der auswärtigen Literatur sei das Leiden vielfach als Nicolas-Favresche Krankheit besprochen worden. Der Name Granuloma venereum, den C. auch angeführt hat, ist für ein anderes, von der Lymphogranulomatosis inguinalis scharf zu trennendes Leiden schon verschiedentlich, von Patrick Manson und von amerikanischen Verf., in Gebrauch genommen. Replik von R. Clément.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Blennorrhoe

b. Pathologie und Klinik

A Case of Gonococcal Arthritis with Pathological Dislocation of the Hip-Joint (Ein Fall von Gonokokkenarthritis mit pathologischer Dislokation des Hüftgelenks), von E. H. Schwab. (Lancet., 1927, Bd. 212, Nr. 5402, S. 544.) Ein 19jähr. Mädchen, seit 4 Monaten an Vaginalausfluß leidend, seit 2 Monaten wegen Schmerzen an dem linken Hüftgelenk bettlägerig, zeigte im Röntgenbild eine Dislokation des Femurkopfes nach aufwärts und ausgiebige Erosionen. Im weiteren Verlauf erkrankte auch das rechte Kniegelenk und zeigte im Röntgenbild unregelmäßige Einschmelzungen an den Gelenkenden der Knochen wie bei einer infektiösen Arthritis. Im Vaginalsekret fand man Anfangs nur Staphylococcus albus und aureus, später auch Gonokokken. Nach 5monatiger Behandlung mit Streckverband, intramuskulären Injektionen von Mangankollosal, Protargolpessaren usw. konnte Pat. mit ankylotischer Hüfte und geheiltem rechten Knie zur ambulanten Behandlung entlassen werden. Weiterer Verlauf bis auf die dauernd verbliebene Ankylosierung durchaus befriedigend.
A. Philippi-Bad Salzschlirf.

c. Therapie

Das Harnantiseptikum „Uvalysat Bürger" in der Gonorrhoetherapie, von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1927, Nr. 10, S. 332.) Verf. sah bei den verschiedensten Formen der Blennorrhoe, ferner auch bei nichtblennorrhoischer Zystitis, Tenesmen usw. zufriedenstellende Erfolge von der Verwendung des Uvalysats. Es wirkt mildernd auf die Reizerscheinungen, namentlich die Erektionen, eitrige Sekretion läßt nach, Urin wird meist rasch klar.
E. Langer-Berlin.

La pilocarpine adjuvant du chlorométhylate de diamino-acridine pour la cure des blennorragiens (Pilokarpin-Trypaflavin für Tripperbehandlung), von H. Jausion und A. Pecker. (Compts. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 3, S. 163.) Verff. glauben durch intravenös gegebene Pilokarpin-Trypaflavin-Injektionen schnellere Heilung von frischen wie alten Fällen von Urethritis blennorrhoica beobachtet zu haben. Alle 2 Tage

Digitized by Google

wurden 5 ccm Lösung gegeben, und nötig waren im Mittel 9 Injektionen. Schlechte Heilungsneigung der Urethritis hängt nach Verff. mit einer besonderen vago-sympathischen Labilität zusammen. H. Lippert-Köln.

Quelques nouveaux traitements de la blennorragie (Einige neue Behandlungsmethoden des Trippers), von Ch. David. (Gaz. des Hôp., 1927, Nr. 23, S. 381—385.) Für große Spülungen werden empfohlen Trypaflavin 1—2‰, Merkurochrom ½—1‰ (oder Instillationen ½%—1,5%), Jodtinktur, Thorium X, Diathermie, ultraviolette Strahlen. Örtliche Einspritzungen von Antigonokokken-Serum, Vakzine. Für die Allgemeinbehandlung Proteinkörper (Milch), Enesol, Thamin, Kollargol, intravenöse Einspritzungen von Jodnatrium, übermangansaurem Kalium, Salvarsan, Glukose, Uroformin, Trypaflavin, Methylenblau; Einspritzungen von Serum intravenös und evtl. in die Prostata. Antimeningokokkenserum. Autoserotherapie. Vakzine (Stamm-, Autovakzine). E. Levin-Berlin.

Über Eigenblutbehandlung und Kollargolbehandlung bei Epididymitis blen., von M. Epstein. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 5.) Nach Verf. ist die Eigenbluttherapie bei blennorrh. Epididymitis zwar unschädlich und schmerzlos, aber von geringerem Wert als die intravenöse Kollargolbehandlung (1% Kollargollösung zu 4—5,0 allmählich jeden 2.—3. Tag bis auf 12,0 steigend). A. Jordan-Moskau.

Le traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique (Die Behandlung des Tripperrheumatismus und der blennorrhoischen Septikämie mit intravenösen Injektionen von Antigonokokkenserum), von P. Ravaut und Ducourtioux. (Presse méd., 1927, Nr. 1, S. 1.) Unter der Voraussetzung, daß nur intravenös, nicht sub- oder intrakutan injiziert wird, sind mit dem staffelweise zu verdünnenden Nicolleschen Serum ausgezeichnete Resultate zu erzielen. Besonders geeignet erscheinen zur spezifischen Therapie Gelenkerkrankungen, indem Schmerzen und Erguß rasch zurückgehen und so die medikomechanische Behandlung früh einsetzen kann. Die Behandlung ist nicht ohne störende Nebenwirkungen. H. Lippert-Köln.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Zur formalen Genese der Bauchblasenspalte (Exstrophia vesicae), von H. Sternberg-Wien. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 159.) Aus der Untersuchung einer größeren Reihe von Embryonen geht hervor, daß die Ausbildung der vorderen Bauchwand und des Geschlechtshöckers zwar gleichzeitig mit einer Veränderung der Form und der Lage der Kloakenmembran, nicht aber zugleich mit ihrer absoluten Verkürzung vor sich geht. Die Bauchblasenspalte ist bisher nur bei Menschen, nicht aber auch bei andern Säugetieren beobachtet worden; daraus ist zu folgern, daß die teratogenetische Terminationsperiode dieser Mißbildung in einer Entwicklungsperiode erfolgt, die beim Menschen wesentlich verschiedene Vorgänge wie bei andern Säugetieren aufweist. Junge menschliche Embryonen ohne Ursegmente zeigen, daß sich die Kloakenmembran auch auf den proximalen Abschnitt der Allantois erstreckt. Bei Embryonen mit einigen Ursegmentpaaren wird dieser Anteil der Kloakenmembran wieder zurückgebildet, unter Abnahme der absoluten Länge, ein für die Entwicklung derselben beim Menschen kennzeichnender Befund, da sich bei andern Säugetieren die Allantois erst später bildet. Die teratogenetische Bildung der Bauchblasenspalte fällt mit der der ersten Ursegmente zusammen. M. Cohn-Dresden.

Diagnose und Behandlungskontrolle der Harnröhrenerkrankungen mittelst Röntgenaufnahmen, von E. Langer, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Ztschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 21, H. 5/6, S. 301.) Verf. zeigt an 11 Abbildungen den Wert der Röntgenaufnahmen der Harnröhre und der Pars prostatica. Während die normale Pars prostatica durch Auspressen des Kontrastmittels in die Blase nicht oder nur als dünner Streifen sich darstellt, werden Prostataabszesse, Strikturen der Harnröhre, „falsche Wege", Divertikel und erkrankte Cowpersche oder Littresche Drüsen und erkrankte erweiterte und starre Ductus ejaculatorii deutlich sichtbar. Zur Injektion wurde eine 20%ige Jodipinlösung genommen, die nicht reizt, so daß eine Blasenspülung, die wegen der meistens vorhandenen Strikturen nicht möglich wäre, niemals notwendig wird, da das Jodipin weder Schmerzen, noch Jodvergiftungserscheinungen macht. Durch Serienaufnahmen konnte Verf. den Erfolg seiner Behandlungsmethoden kontrollieren, so z. B. den des systematischen Bougierens. A. Rosenburg-Mannheim.

Über die bei Arbeitern chemischer Betriebe beobachteten Erkrankungen des Harnapparates, von R. Oppenheimer-Frankfurt a. M. (Ztschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 21,

Digitized by Google

H. 5/6, S. 336.) Verf. hat in 17 Jahren 52 Fälle von Erkrankungen der Harnorgane beobachtet, die auf Beschäftigung in gewissen chemischen Betrieben, wie Anilin-, Benzin- und Naphtylaminbetrieben, zurückzuführen waren. In 40 Fällen handelte es sich um Geschwulstbildungen, in 12 Fällen um Reizblase, Zystitis oder Urethritis. Die beobachteten Tumoren waren alle epithelialer Natur. Neben den Geschwülsten der Blase wurde in je einem Falle ein Karzinom der hinteren Harnröhre und ein Karzinom der Prostata beobachtet. Die Geschwulstbildung trat erst nach einer Reihe von Jahren auf, diese Zeit betrug 8—41 Jahre, im Durchschnitt betrug sie $18^1/_2$ Jahre. Die Geschwülste kamen nicht nur bei Arbeitern und Handwerkern, sondern auch bei Personen, die in der Nähe der betreffenden Betriebe dauernd beschäftigt waren, vor. In ein und demselben Betrieb wurden gutartige und bösartige Geschwülste beobachtet. Ja, es kann sogar ein und dieselbe Substanz bei ein und derselben Person gutartige und bösartige Geschwülste hervorrufen. Die Intensität der Einwirkung ist von Einfluß auf die Art der Geschwulst. Es scheint, daß eine dauernd geringe Einwirkung vorwiegend gutartige Geschwülste hervorruft. Die Arbeitsdauer ist nicht allein maßgebend für die Art der späteren Geschwulst, so können auch nach relativ kurzer Beschäftigungsdauer späterhin bösartige Geschwülste auftreten. Die Entwicklung der fraglichen Geschwülste dürfte in der Art zu erklären sein, daß bei Disponierten ein Schwellenwert von Giftwirkung überschritten werden muß, ehe es zur Geschwulstbildung kommt. Von den 40 Fällen von Geschwülsten wurden 37 histologisch festgestellt. Es waren 27 Karzinome und 10 Papillome. 73,5% der Erkrankten gingen zugrunde. Was nun die Fälle von Reizblase, Zystitis und Urethritis anbelangt, so faßt Verf. dieselben nicht als Vorstadien der Geschwulstbildung auf; diese Symptome treten vielmehr ohne sonstige äußere Ursache nach langer Beschäftigung in den betreffenden Betrieben auf. Die Beschäftigungsdauer betrug im Durchschnitt 14 Jahre. A. Rosenburg-Mannheim.

b. Penis, Urethra, Blase

An Alternative To Circumcision In Phimosis (Ein Ersatz für die Zirkumzision bei Phimose), von D. W. Whitfield. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3447, S. 187.) Verf. hält es für nicht allgemein bekannt, daß man bei ganz jungen Kindern fast ausnahmslos und oft sehr leicht imstande ist, etwaige Adhäsionen zwischen Glans uud Vorhaut stumpf zu lösen. Man drückt eine Knopfsonde durch das Orificium praeputii auf der dorsalen Seite der Eichel bis an den Sulcus retroglandularis ein und führt sie mit sanfter Gewalt erst auf der einen, dann auf der anderen Seite bis zum Frenulum vor. Nach der Lösung der Adhäsionen wird die Vorhaut zurückgezogen, mit Borwasser abgewaschen und mit Karbolöl eingefettet. In den folgenden Tagen muß die Vorhaut täglich zurückgestreift werden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Peniskarzinom und Beschneidung, von Sampoerno, Abt. f. path. Anat. und gerichtliche Med. d. Niederländisch-Indischen Ärzteschule in Soerabaja (Java). (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 201, H. 3/4, S. 282—284.) Da unter 78 Karzinomen bei Javanen, die allgemein beschnitten sind, sich 9% Peniskarzinome fanden, kann diese Erkrankung nicht als besondere Seltenheit bei Beschnittenen bezeichnet werden. Die Beschneidung hat nicht, wie vielfach angenommen wird, eine prophylaktische Bedeutung für die Karzinomentstehung. E. Levin-Berlin.

Verstümmelnde Eingriffe als Therapie des Peniskarzinoms, von K. Hutter, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 144, H. 2, S. 310.) Verf. hält als die Operation der Wahl beim Peniskarzinom die Amputation 2—3 cm im Gesunden, da die Ergebnisse der Strahlentherapie bisher den Verzicht auf diesen verstümmelnden Eingriff nicht berechtigen. Die Leistendrüsen brauchen nicht immer entfernt zu werden, noch weniger richtig wäre es, in allen Fällen total zu emaskulinieren, was unter Umständen eine direkte Schädigung für den Karzinompatienten bedeuten würde. Dieser Eingriff darf nur für die Fälle vorbehalten bleiben, wenn Skrotum und Testikel unmittelbar von der Geschwulst ergriffen sind. D. M. Loewenstein-Bad Nauheim.

Über Harnröhrensteine, von H. Koch, Chir. Abt. Marienkrkhs. Hamburg. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 5, S. 266.) Bei einem 67jähr., an plötzlich eingetretener Harnverhaltung erkrankten Pat. wurde mittels Steinzange ein 6 cm langer, 1 cm dicker Stein aus der Harnröhre entfernt. Röntgenologisch fanden sich noch 3 weitere kleine Steine in der Blase, während Nieren und Harnleiter frei von Konkrementen waren. Bei Steinbildungen im uropoetischen System soll man sich nicht mit einem Einzelbefund begnügen, sondern es ist dringend notwendig, sämtliche harnbereitenden und harnleitenden Organe auf in Bildung begriffene Konkremente zu untersuchen. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Contribution au procès de la cocaine en anaesthésie urinaire (Beitrag zu den Vorwürfen gegen das Kokain bei der Anästhesierung der Harnwege), von H. Bellanger. (J. de méd. de Paris, 1927, Nr. 9, S. 172—174.) Bei Anästhesierung der Harnröhre mit mäßigen Dosen von Kokain wegen Harnröhrenstrikturen trat in einem Falle ein schwerer Betäubungszustand, in einem anderen Exitus ein. Verletzungen der Harnröhre, durch die eine direkte Aufnahme des Kokains in die Blutbahn stattgefunden haben konnte, bestanden nicht. Es sollte nur Novokain verwendet werden. E. Levin-Berlin.

Le traitement des grands distendus vésicaux (Die Behandlung der großen Blasenerweiterungen), von F. Cathelin. (Progr. med., 1927, Nr. 10, S. 353—357.) Es handelt sich um Fälle, in denen auf Grundlage einer Prostatahypertrophie eine chronische inkomplette Retention zustande kommt, während der Kranke anscheinend ganz gut uriniert und der Urin klar ist. Bei der Besichtigung des Leibes wölbt sich die stark gedehnte Blase als umfangreiche Geschwulst vor. Therapeutisch ist Katheterisieren zu widerraten; auch Einlegen eines Dauerkatheters, durch die eine etappenweise Entleerung der Blase unter ständigem Nachfüllen von Argent. nitr.-Lösung bewirkt wird, kann leicht zu Infektionen führen. Wenig empfehlenswert ist auch Blasenpunktion ev. mit anschließender Dränage. Wirklich wirkungsvoll ist nur die Zystostomie, der — aber erst nach einigen Monaten — die Prostatektomie folgen soll. Bei dieser Behandlung haben die überanstrengten Nieren Zeit, sich auf die veränderten Druckverhältnisse einzustellen und wieder zur normalen Funktion zurückzukehren. E. Levin-Berlin.

Zur Kenntnis der angeborenen Divertikel der Harnblase und des Struvitsteines, von S. Usami, Path.-Anat. Univ.-Inst. Wien. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 99.) 40jähr. Pat., der im Anschluß an eine 1917 überstandene linksseitige Leistenoperation an immer zunehmenden Harnbeschwerden erkrankte; später starker Tenesmus, Schmerzen im rechten Ischiadikus, Gerinnsel im Harn; Albumen schwach +, spezifisches Gewicht 1007. Im Röntgenbild an der Hinterwand der Blase in der Gegend der Einmündung des rechten Ureters faustgroßes Divertikel, links ein zweites, die beide nach Entleerung der Blase den gleichen Schatten geben. Sectio alta. Aus der für den Finger passierbaren Zugangsöffnung entleert sich dicker Eiter. Dränage, Verband. Exitus. Die Sektion ergab in der linken Wand der hypertrophischen Blase zwei die Blasenwand nicht überschreitende Ausstülpungen. Auf der rechten Wand hühnereigroßes Divertikel. Der rechte Ureter ist in einer Länge von 2 cm kleinfingerdick und von da an ebenso wie der Harnleiter der Gegenseite in ein dünnwandiges Hohlorgan verwandelt. Im großen Divertikel der rechten Blasenwand hühnereigroßes weißes Konkrement, das im Innern einen Hohlraum aufwies und sich chemisch als Struvitstein darstellte.

M. Cohn-Dresden.

Zur Kenntnis der Paraffin- und Stearinfremdkörper in männlichen Blasen, von N. Moro, Chirurg. Klin. Graz. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 201, H. 3/4, S. 274—277.) Es bestehen stets Zeichen von Zystitis, der Fremdkörper braucht bei längerem Verweilen in der Blase nicht inkrustiert zu sein, eigentliche Steinzeichen treten meist nicht auf, weil die Fremdkörper schwimmen. Der zystoskopische Nachweis ist meist leicht. Die intravesikale Lösung mit Benzin kann in einer geringen Zahl von Fällen versagen, es kommt dann die instrumentelle Entfernung in Betracht, die bei diesen Fremdkörpern erschwert ist. Da sie leicht und daher schwimmend schwer zu fassen sind, muß die Blase mit Luft gefüllt werden; dem Umstand, daß sie weich und dadurch schwer festzuhalten und herauszuziehen sind, begegnet man durch Verwendung eines ungefensterten Zertrümmerers, des sogenannten Ramasseurs. E. Levin-Berlin.

Leukoplakia of the Bladder, von R. A. Hennessey-Memphis. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 3, S. 146.) Bei der Leukoplakie der Blase ist anzunehmen, daß chronische Entzündungen, Reizungen und Steinerkrankungen in ursächlichem Zusammenhange stehen. Hauptsächlich sieht man die Leukoplakie in der Blase von allen Harnorganen und besonders bei Männern im Verhältnis von 3 : 1. Die pathologische Beobachtung läßt die Leukoplakie als eine präkanzeröse Erscheinung bzw. Tendenz erscheinen. Bestrahlungen gelten als gutes therapeutisches Mittel, da die anderen Maßnahmen unsicher sind. W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Über Adenome der Harnblase, von R. Paschkis-Wien. (Ztschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 21, H. 5/6, S. 315.) Verf. berichtet aus dem Material seines Lehrers Zuckerkandl über 5 Fälle von Adenomen der Harnblase, die bis auf ein Adenom, das, obgleich in der Blase gelegen, histologisch der Prostata angehörte, sich histologisch als adenomähnliche Papillome erwiesen haben, da sie ihrer Genese nach nicht von der normalen, sondern von der entzündlichen Blasenschleimhaut ausgingen. Gegen die Hypothese, daß

Digitized by Google

es sich um einfache Papillome handelte, sprach die Tatsache, daß die Gefäße nicht, wie bei den Papillomen, zentral, sondern zwischen den Zellsäulen gelagert waren, so ist der Name „Papillome mit adenomatösem Bau" richtiger. Die Tumoren waren vom hohen Blasenschnitt aus entfernt worden, da zum Teil damals die Elektrokoagulation noch nicht bekannt war, andererseits auch die Tumoren zur Elektrokoagulation zu ungünstig gelagert waren. A. Rosenburg-Mannheim.

Über die Säurebehandlung der Zystitis mit Milchsäurepuffergemischen, von G. Düttmann, Chir. Univ.-Kl. Gießen. (Kl. W., 1927, Nr. 9. S. 402.) Auf Grund der bakterientötenden Wirkung empfiehlt Verf. für die Zystitisbehandlung die Verwendung von Milchsäurepuffergemischen. Diese benutzt er — als Normolaktol im Handel — in einer Konzentration von p_H 3,7 und 3.3. Nach Feststellung der Harnreaktion und des bakteriologischen Befundes erhält der Pat. zwei Tage 2mal täglich 1 g Ammonchlorid per os. Am 3. Tage wird nach neuerlicher Feststellung der Harnazidität 2mal täglich mit einer 6fach (p_H 3,7) oder 9fach (3,3) verdünnten Lösung des Milchsäurepuffergemisches die Blase gefüllt, nach 10 Minuten Entfernung der Spülflüssigkeit. 2malige Wiederholung. An den beiden folgenden Tagen Wiederholung der Ammonchloridverabreichung und der Spülung. Die Erfolge werden als günstig geschildert und als den Argentum-Spülungen bei weitem überlegen. E. Langer-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Anatomischer Beitrag zum Ausgang der Mumpsorchitis, von R. Reuscher, Path. Inst. Stadtkrkhs. Darmstadt. (Ztschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 21, H. 5/6, S. 249.) Die Mumpsorchitis ist schon Hippokrates bekannt gewesen. Erfahrungsgemäß befällt die Orchitis hauptsächlich den jugendlichen Erwachsenen. Die Erkrankung äußert sich in einer schmerzhaften Schwellung des Hodens, meistens eines Hodens, die sehr beträchtlich sein kann und von einer Hydrozele begleitet ist. Meistens hinterläßt die Mumpsorchitis klinisch keine Spuren, mitunter aber kann sich eine Hodenatrophie anschließen. Verf. hat eine Hodenatrophie, die als Folge einer vor 4 Jahren überstandenen Mumpsorchitis aufzufassen war, histologisch untersucht und festgestellt, daß der Hodenschwund durch eine langsame Resorption eines totalen hämorrhagischen Hodeninfarktes bedingt war. Verf. glaubt, daß dieser Hodeninfarkt als Folge einer Thrombose der Venen des Hodenhilus aufzufassen ist und daß diese Thrombose ursächlich mit der Mumpsentzündung in Zusammenhang gebracht werden muß. Die bisher beobachteten Fälle von Mumpsorchitis hatten alle ähnliche Ausgänge, eine spezifische histologische Hodenveränderung bei Mumps jedoch gibt es nicht. A. Rosenburg-Mannheim.

Biological Methods Against the Process of Old Age (Biologische Methoden gegen den Altersprozeß), von E. Steinach-Wien. (Med. J. and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 2, S. 77—81, Nr. 3, S. 161—164.) Vorzüge der Vasoligatur gegenüber früheren Methoden, Theorie ihrer Wirksamkeit und Beweise für den tatsächlich eintretenden Effekt. Für die Vasoligatur wird als einfachere Methode neu die Albugineatomie empfohlen: durch eine kleine Inzision wird das Skrotum eröffnet, der Hoden herausgehoben, an einer Stelle, die möglichst wenig Blutgefäße enthält, die Albuginea in einer Ausdehnung von 2—3 cm inzidiert. Es wölbt sich ein kleiner Teil Hodensubstanz vor, der in Größe einer kleinen Olive abgetragen wird; Naht. Das ganze ist in 10 Minuten unter Lokalanästhesie auszuführen. Durch den Eingriff wird eine Proliferation der interstitiellen Zellen bewirkt. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. P. G. Unna wurde zum Ehrenmitglied der Russischen Dermato-Syphilidologischen Gesellschaft B. Tarnowsky in Leningrad sowie der Deutschen medizinischen Gesellschaft in New York gewählt.

Prof. Rille wurde zum Ehrenmitglied der Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft in Odessa gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 28 (Bd. 85) 9. Juli 1927

Über Novokainekzeme

Von

Prof. Arthur Jordan in Moskau

Mit 1 Abbildung im Text

In unserer dermatologischen Literatur wird wenig von Novokainekzemen geredet, und die Autoren, welche ihrer gedenken, wie z. B. Sachs, Rosenbaum und Galewsky, sprechen stets von einer Formalin-Novokainwirkung, wobei sie die Schädigungen der Haut mehr dem Formalin als dem Novokain zuschreiben. Eine ausführliche, aber schwer zugängliche Arbeit über die Novokainekzeme findet sich in der russischen Literatur aus der Feder von A. Limberg, welcher sich, auf amerikanische Beschreibungen und drei eigene Beobachtungen stützend, genauer mit dieser Frage beschäftigt. Bei der großen Bedeutung, welche die Kenntnis dieser professionellen Dermatose der Zahnärzte für letztere haben kann, seien drei derartige, im Laufe eines Jahres von mir gemachte Beobachtungen veröffentlicht.

Im ersten Fall handelte es sich um eine noch jugendliche Zahnärztin, welche im vergangenen Sommer voll Verzweiflung zu mir aus der Provinz angereist kam, weil sie fürchtete, ihrer kranken Hände wegen die Anstellung zu verlieren. Die Veränderungen bestanden in Verhärtung der Haut mit schmerzhafter Rhagadenbildung an den Kuppen der ersten drei Finger beider Hände. Ihren Angaben gemäß litt die Kranke seit einigen Monaten an dieser Hautkrankheit, war zeitweilig vom Dienst befreit worden, worauf es ihr gut ging. Sobald sie aber wieder ihre Arbeit aufnahm, kehrte der alte Zustand von neuem und in verstärkter Gestalt wieder, da niemand ihr die Ursache angeben konnte. Eingedenk der obengenannten Arbeiten, fragte ich die Kranke, ob sie viel mit Zahnextraktionen und Novokain oder mit Formalin zu tun habe? Sie bejahte die beiden ersten Fragen und verneinte die letztere. Die Kranke gab auf meinen Rat die Novokaininjektionen auf, genas unter Ruhe und indifferenter Salbenbehandlung sehr bald und kann, soviel ich höre, ihrem Beruf, nur ohne die Extraktionen und Novokaininjektionen, unbeschadet nachgehen.

Ganz dasselbe war der Fall bei einem 42jährigen, gleichfalls aus der Provinz zugereisten Zahnarzt, über dessen weiteres Schicksal ich nicht unterrichtet bin, da er von mir nur die Diagnose gestellt wissen wollte.

Etwas genauer bekannt ist mir der dritte Fall, welcher sich am 18. April d. J. an mich wandte und in Moskau ansässig ist. Der 62jährige Zahnarzt übt diese Tätigkeit bereits 35 Jahre aus, leidet seit einem Jahr an einem Hautausschlag der Hände, welcher nur vorübergehend, während seiner Urlaubszeit im vorigen Sommer, verging, im übrigen aber immer heftiger wird und dem Mann droht, ihn um seine Arbeit zu bringen. Bei der Untersuchung des Kranken erwiesen sich bei ihm, wie aus der Abbildung ersichtlich, alle Finger beider Hände bis auf den kleinen Finger der rechten Hand, besonders aber diejenigen der linken Hand, schwer betroffen. Die Haut über den Endphalangen aller genannten Finger war auf der Beugeseite verdickt, rot, schuppend und von schmerzhaften Rissen durchsetzt. Infolge Schwellung der Haut unter den Nägeln waren diese im vorderen Teil emporgehoben und auf ihrer Oberfläche teils mit quer verlaufen-

Digitized by Google

den Furchen, teils mit weißen Flecken versehen. Die Haut auf der Streckseite der Finger war stark gerunzelt, faltig und atrophisch. Auf näheres Befragen gab der Kranke an, daß er sich seit den letzten Jahren viel mit Zahnextraktionen beschäftige, zur Zeit am Tage 18—20 ausführe, Novokain eigentlich erst seit $1^1/_2$ Jahren häufig injiziere, und daß der Hautausschlag vor etwa einem Jahre eingesetzt habe. Mit Formalin hat er so gut wie nicht zu tun. Bei den Injektionen hält Patient die Ampulle mit der Novokainflüssigkeit in der linken Hand, dabei die ersten beiden Finger gebrauchend. Mit dem Daumen und Zeigefinger der rechten Hand bricht er den Hals der Ampulle ab, zieht mit diesen die Lösung in die Spritze auf und fixiert bei Injektion des Novokains die betreffende mit den zwei, bisweilen drei ersten Fingern der linken Hand. Zuerst erkrankten dementsprechend die beiden ersten Finger der linken Hand, von wo sich der Prozeß langsam auf die übrigen Finger dieser Hand und nach $^1/_2$ Jahr auch auf diejenigen der rechten Hand, mit Ausnahme, wie gesagt, des rechten kleinen Fingers, ausbreitete. In allerletzter Zeit macht sich auch ein Jucken der linken Ohrmuschel und der Partie über den linken Augenbrauen bemerkbar, welche Stellen er zugibt gekratzt haben zu können. Nach Aussetzen der Novokaininjektionen und bei indifferenter Salbenbehandlung besserte sich der Zustand rapid, und als der Kranke sich am 16. Mai bei mir wieder vorstellte, bestand eigentlich nur noch die Verdickung und Schuppung auf der Beugeseite des linken Daumens. Alle übrigen Finger waren wieder verheilt und die Nägel hatten sich von neuem der unterliegenden Haut angelegt. Die Runzeln und Falten auf den Streckseiten der Finger waren geschwunden und nur die senile Atrophie dauerte natürlich fort. Ein Versuch, ob meine Vermutung eines Novokainekzems richtig sei, fand durch eine erneute Novokaininjektion volle Bestätigung. Bereits drei Stunden nach derselben stellten sich auf der Hand, an den Stellen, wohin dasselbe getropft war, rote Flecke ein, welche sich später mit Schuppen bedeckten. Obgleich die weitere Beobachtung des Kranken aussteht, dürfte die Prognose, auf Grund des schnellen Rückgangs der Erscheinungen, eine gutartige sein, natürlich unter der Voraussetzung der Nichtbenutzung des Novokains.

Abb. 1. Deutlich ausgebildete Verdickung und Schilferung der Haut an den Daumen. Emporhebung der Nägel. Senile Atrophie der Haut im allgemeinen

Wir ersehen somit, daß die, wenn auch verhältnismäßig selten bei den Zahnärzten auftretenden Novokainekzeme weder den Anfänger, noch den in diesem Beruf Ergrauten verschonen, bei Vermeidung des Novokains ziemlich schnell zurückgehen, aber bei Unkenntnis der Ursachen für die Betreffenden zu einer schweren Kalamität werden können. Die Seltenheit des Vorkommens scheint auf eine Idiosynkrasie gewisser Personen dem Novokain gegenüber hinzuweisen, welche allmählich zunimmt.

Literatur

Galewsky, Die Formalin-Dermatitiden und -Ekzeme. Oppenheim-Rille-Ullmann, Schädigungen der Haut, Bd. 2, S. 200. — Limberg, Arbeiten des III. Allrussischen Odontologischen Kongresses (24.—30. XI. 1925), Moskau 1927, S. 439. — Rosenbaum, M. Kl., 1923, Jahrg. 19, Nr. 14. - - Sachs, zit. nach Galewsky.

Digitized by Google

Neuere Einwände gegen die Keimplasmatheorie der Naevi

Von

Prof. Dr. MEIROWSKY in Köln a. Rh. und San.-Rat Dr. LEVEN in Elberfeld

Mit 1 Abbildung im Text

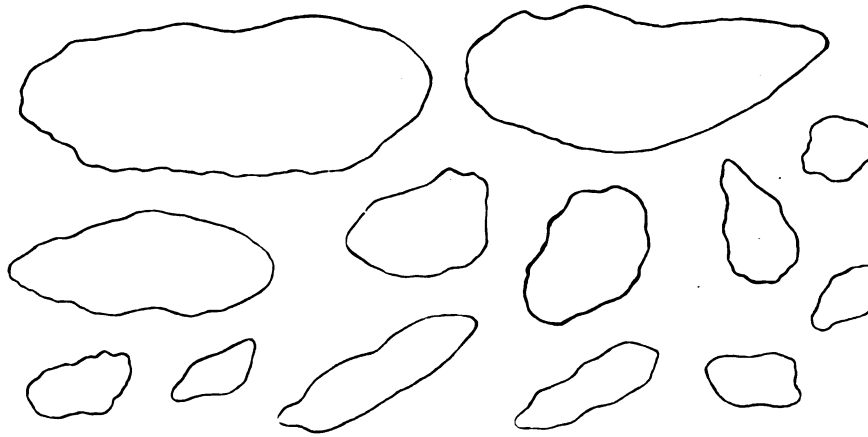
Die Ätiologie der Naevi ist durch die biometrischen Methoden genügend geklärt. Diese haben ergeben, daß der Korrelationskoeffizient für Pigmentmäler bei eineiigen Zwillingen 0,78, bei zweieiigen 0,31 beträgt. „Die Alterskorrelation ist dabei ausgeschaltet. Diese Korrelationen würden, wie die Tabelle zeigt, etwa dann zu erwarten sein, wenn die Muttermäler zu etwa neun Zehnteln von der Erbmasse abhängig wären" LENZ (1)[1]). Daraus folgt, daß der entscheidende, naevuserzeugende Einfluß in der Erbmasse liegt. Auf Grund dieser Befunde ist die keimplasmatische Naevustheorie heute mathematisch begründet und fest gesichert. Neuere Einwände beziehen sich auf die angebliche Verschiedenheit der Pigmentmäler bei der RECKLINGHAUSENschen Krankheit, weiterhin auf das Auftreten eines Tierfellnaevus bei dem einen Partner eines eineiigen Zwillingpaares und schließlich auf die Frage der Häufigkeitsbeziehungen zur Erblichkeit.

I. Trennung der Pigmentmäler in glatt- und gezacktrandige Formen

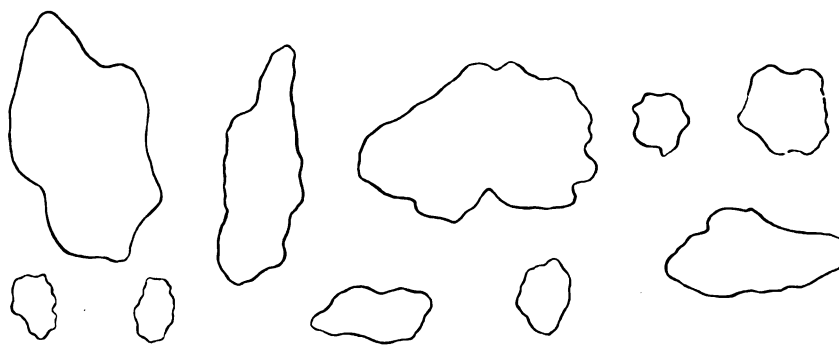
SIEMENS (2) behauptet, daß bei Recklinghausenkranken 93% glattrandige, 4% gezacktrandige und 3% fragliche Formen vorkommen, die einen Übergang zwischen den beiden ersten Formen darstellen. Von den Pigmentflecken gesunder Personen wäre die überwiegende Mehrzahl 77% gezacktrandige, 14% glattrandige und 9% fragliche Formen. Aus diesen Befunden wird geschlossen, daß die Recklinghausenflecke von den Naevi spili klinisch und ätiologisch zu trennen seien. Wenn man unbefangen die Zeichnungen in der SIEMENSschen Arbeit (2) betrachtet, so sieht man, daß auch die glattrandigen Formen Zacken aufweisen, daß die Pigmentflecke normaler Personen in dem hohen Verhältnis von 14% „glattrandig" sind und daß nicht weniger als 9% als fraglich bezeichnet werden. Es finden sich also sowohl bei Recklinghausenkranken wie bei Gesunden Pigmentflecke, die alle Übergänge von glatt- zu gezacktrandigen Typen zeigen. Die Trennung in zwei verschiedene Arten von Pigmentflecken ist also eine gekünstelte. Daß beiden Formen dieselbe ätiologische Bedeutung zukommt, zeigt am besten der von MEIROWSKY und BRUCK (3) veröffentlichte Fall, bei dem eine Mutter auf ihre beiden Töchter beide Formen von Naevi vererbt hatte. Bei der Mutter sind hauptsächlich glattrandige Formen, bei der einen Tochter ebenfalls glattrandige, bei der zweiten Tochter fast nur gezacktrandige (siehe Abbildung) Formen vorhanden. Und doch liegt hier

[1]) Von uns gesperrt.

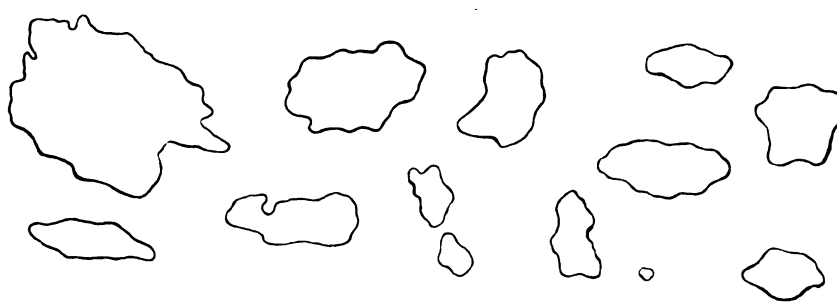
Digitized by Google



Mutter



Nora 20 J.



Marga 16 J.

Abb. 1. Die Zeichnungen wurden durch direktes Durchpausen der Flecke mittels Ölpapier gewonnen

Digitized by Google

kein Recklinghausen vor, sondern es handelt sich um die typische Vererbung von gehäuften Pigmentnaevi in einer Familie. Eine Trennung in idiotypisch bedingte glattrandige und in nichtidiotypisch bedingte gezacktrandige Naevusformen ist also ein Unding. Da weder bei der Mutter noch bei beiden Töchtern ein Recklinghausen nachweisbar ist, ist auch eine Scheidung der Recklinghausenflecke von den Naevi undurchführbar. Beide stellen vielmehr dieselben Erscheinungen dar, nämlich Naevi spili.

II. Verschiedenartiges Auftreten von Pigmentnaevi bei eineiigen Zwillingen

Siemens und Waardenburg (4) berichten über einen Fall von bilateralem Tierfellnaevus bei dem einen Partner eines eineiigen Zwillingspaares, der außerdem im Gegensatz zum andern eine Syndaktylie aufweist. Daß es sich bei dieser um eine erblich bedingte Anomalie handelt, geht aus Lenz (5) hervor und wird wohl allgemein angenommen. Der Fall zeigt überhaupt, daß erbliche Anomalien, wie wir dies stets betont haben, bei eineiigen Zwillingen verschieden auftreten können. Ebenso wie es selbstverständlich ist, daß das Auftreten der Syndaktylie bei einem Zwilling nichts gegen deren Erblichkeit beweist, ebenso selbstverständlich ist es, daß auch das verschiedenartige Auftreten der Mäler bei einem eineiigen Zwilling kein Einwand dagegen sein kann, daß die Naevi auf Erbanlagen beruhen, was heute mathematisch bewiesen ist.

Der Fall bietet ein Analogon zur Heterochromie: weil bei Heterochromie bei einem Individuum rechts und links verschiedene Augenfarben auftreten, wird man gewiß nicht annehmen, die Augenfarbe sei paratypisch bedingt. Die Heterochromie ist vielmehr erblich, Gossage (6) konnte sie in einer Familie 5 Generationen hindurch verfolgen. Diese Beobachtung zeigt nach Lenz, daß auch einseitige Merkmale in typischer Weise erblich sein können. Die Verhältnisse liegen hierbei analog denjenigen bei eineiigen Zwillingen, deren Entstehungsmodus ja nach allgemeiner Ansicht dem der beiden Körperhälften eines Individuums entspricht. Es wäre absurd, anzunehmen, daß ein solcher Vorgang, wenn er sich rechts und links bei einem Individuum findet, idiotypisch bedingt sei, wenn er aber bei 2 eineiigen Zwillingen vorkommt, beweise, daß das betreffende Merkmal paratypischer Natur sei.

III. Häufigkeitsbeziehungen und Erblichkeit

Siemens (7) hat in verschiedenen Arbeiten die Ansicht ausgesprochen, daß nur die Gesamtzahl der Naevi bzw. Lentigines, nicht aber der einzelne Naevus erblich sei. Er sucht seine Auffassung neuerdings durch die Behauptung zu stützen, es müsse, falls die Einzelnaevi erblich wären, die Zahl der Linsenmäler, die sich an einem Individuum mit einem Einzelnaevus, z. B. einem Tierfellnaevus oder mit mehreren als Einzelnaevi zu betrachtenden „atypischen" Lentigines vorfinden, größer sein als bei einem solchen ohne derartige Bildungen. Zunächst muß die Abtrennung von „atypischen" Lentigines von den gewöhnlichen Naevi abgelehnt werden. Sie ist eine willkürliche Konstruktion und ebenso zu beurteilen,

Digitized by Google

wie der vorher besprochene Versuch von SIEMENS, bei der RECKLINGHAUSENschen Krankheit einen Gegensatz zwischen glatt- und gezacktrandigen Naevi zu schaffen.

Die Gesamtheit der Naevi setzt sich zusammen aus einzelnen Naevi, und es ist unerklärlich, wie die erbliche Bedingtheit der Mäler in der schon oben angegebenen Höhe von etwa neun Zehnteln zustande kommen soll, wenn jede einzelne Komponente dieser auch von SIEMENS als erblich betrachteten Gesamtzahl nicht oder nur in verschwindend geringem Maße erblich bedingt ist. Ist die Gesamtzahl erblich bedingt, so muß es auch jeder einzelne Naevus schon deshalb sein, weil sonst die Erblichkeit der Gesamtzahl ja nicht stimmen würde.

SIEMENS stellt weiter die überraschende Behauptung auf, daß Individuen mit Tierfellnaevi keine höhere Lentigozahl haben als sonstige Menschen. Er schließt daraus, daß das Auftreten von solchen Tierfellmälern in keiner nachweisbaren Beziehung zu der Anzahl der Lentigines stehe. Diese Ansicht steht im schroffen Gegensatz zu der bekannten Tatsache, daß Menschen mit großen Tierfellnaevi zahlreiche pigmentierte, behaarte und nichtbehaarte Einzelmäler an den übrigen Körperteilen aufweisen. Auch der oben besprochene Fall von SIEMENS und WAARDENBURG zeigt, daß bei einem Fall von Tierfellnaevus der Körper von zahlreichen anderen Naevi befallen ist. Die von SIEMENS zu seinen Untersuchungen herangezogenen morphologisch-ähnlichen Naevusformen — Lentigines und Naevi pigmentosi pilosi einerseits und Naevi vasculosi sowie Gefäßerweiterungen der Haut anderseits — stellen für uns nur graduelle Unterschiede derselben Affektionen dar. Für SIEMENS ist aber z. B. ein median sitzender Naevus Unna erblich, ein anderer, der seitlich von der Mittellinie sitzt, nicht, und dasselbe gilt für seine Auffassung der Pigmentmäler. Man hätte nach SIEMENS einen solchen Naevus, der einseitig auftritt, als nichterblich anzusehen und als Naevus zu bezeichnen, einen medianen bzw. bilateralen aber als erblich aus der Naevusgruppe auszuschalten. (Vgl. LEVEN, Zsch. f. Kinderhlk. 1925, S. 147—150.)

Die Erblichkeit der Naevi pigmentosi pilosi und der Naevi vasculosi soll nun nach SIEMENS nur dann erwiesen sein, wenn Häufigkeitsbeziehungen zwischen ihnen und den von ihm als morphologisch-ähnlich, aber kausal verschieden betrachteten Lentigines bzw. Gefäßerweiterungen der Haut beständen: Die Zahl der letzteren müsse bei Zusammentreffen mit den ersteren erhöht sein, und dies sei nicht der Fall. Nehmen wir einmal an, es könnten Lentigines bzw. Gefäßerweiterungen von Naevi pigmentosi bzw. von Naevi vasculosi ätiologisch verschieden sein, eine Annahme, die, wie oben angeführt, an sich schon fehlgeht, so würde trotzdem der SIEMENSsche Schluß in der Luft schweben. Wenn zwei Affektionen erblich sind, so kann die eine einen Einfluß auf die andere ausüben, braucht es aber nicht zu tun: der Naevus pigmentosus pilosus kann ohne jede Beziehung zu sonstigen Mälern stehen und dennoch erblich bedingt sein, und auch die morphologische Ähnlichkeit ändert daran nichts.

Häufigkeitsbeziehungen bei zwei erblichen Affektionen müssen nur dann vorliegen, wenn eine Koppelung besteht. SIEMENS müßte zunächst

Digitized by Google

die Erblichkeit beider Affektionen feststellen, nur unter dieser Voraussetzung könnte man aus den Häufigkeitsbeziehungen beider Schlüsse auf Koppelung oder Nichtkoppelung ziehen. Die Häufigkeitsbeziehungen erlauben also nicht den Schluß auf Erblichkeit, sondern lediglich bei bestehender Erblichkeit einen solchen auf Koppelung oder Nichtkoppelung. Andererseits brauchen zwei Affektionen, wenn sie in einem Häufigkeitsverhältnis zueinander stehen und die eine derselben bei gleichzeitigem Bestehen der anderen häufiger vorkommt, nicht beide erblich zu sein. Ein häufigeres Vorkommen der einen Erkrankung bei Anwesenheit der anderen beweist nicht die Erblichkeit beider, wie beispielsweise Diabetes und Furunkulose zeigen. Nur wenn die Erblichkeit bekannt ist, zeigt die größere Häufigkeit gleichzeitigen Vorkommens eine Verbindung beider an, ohne daß aber das Fehlen der größeren Häufigkeit einen Schluß auf das Fehlen der Erblichkeit selbst zuläßt.

Lediglich aus den Häufigkeitsbeziehungen hinsichtlich der Übereinstimmung eines Merkmals bei Eineiern gegenüber der bei Zweieiern oder sonstigen Geschwistern ist ein Schluß auf die Erblichkeit des betreffenden Charakters möglich; dies ist aber ein besonderer Fall, der darin seine Begründung findet und darauf aufgebaut ist, daß die Erbmassen bei eineiigen Zwillingen viel weitgehender übereinstimmen als bei zweieiigen Zwillingen oder sonstigen Geschwistern.

Aus unseren Darlegungen geht hervor, daß weder eine morphologische Verschiedenheit der Pigmentflecke bei Recklinghausenkranken und normalen Personen, noch isoliertes Auftreten von Pigmentmälern bei einem Partner eines eineiigen Zwillingspaares, noch schließlich Häufigkeitsbeziehungen irgend etwas gegen die keimplasmatische Naevustheorie aussagen.

Einstmals sollte die Zwillingsforschung dazu berufen sein, der Keimplasmalehre den Garaus zu machen. „Wer", schrieb SIEMENS in seiner allgemeinen Zwillingspathologie (9), „die umfangreichen und mühevollen Arbeiten kennt, welche die Erblichkeit der Linkshändigkeit (STIER, HELLIG, STEINER) und die der Muttermäler (MEIROWSKY, LEVEN) erforscht haben, wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, daß die Zwillingspathologie, wenn ihre Ergebnisse der Kritik standhalten, hier geradezu revolutionierend wirken muß. Jene ganze Literatur, welche durch das Erblichkeitsproblem bei der Linkshändigkeit und bei den Muttermälern heraufbeschworen wurde, welche sich vielfach schon bis in die Einzelfragen des Vererbungsmodus vertiefte, beruht also auf Irrtümern und auf statistischen Täuschungen!" Es ist aber anders gekommen. Die Zwillingsforschung hat uns durch den Vergleich der Korrelationszahlen bei eineiigen Zwillingen und zweieiigen Zwillingen den besten und eindeutigsten Beweis für die Erblichkeit der Naevi erbracht. Muß doch nach SIEMENS' (8) eigenen Worten die geringere Ähnlichkeit nichthomologer Zwillinge im Verhältnis zu der Ähnlichkeit der homologen auf die Erbanlagen zurückgeführt werden und ist folglich geradezu ein Indizium der Erblichkeit.

Digitized by Google

Literatur

1. Lenz, Methoden menschlicher Erblichkeitsforschung in „Menschliche Erblichkeitslehre", von Baur, Fischer, Lenz, 1927, 3. Aufl., S. 466. Lehmanns Verlag, München. — 2. H. W. Siemens, Klinisch-dermatologische Studien über die Recklinghausensche Krankheit, Arch. f. Derm., Bd. 150, H. 1. — 3. Meirowsky und Bruck, Über die Vererbung und die Ätiologie der Muttermäler, M. m. W., 1921, Nr. 33, S. 1048/49. — 4. Siemens und Waardenburg, Über ausgedehnte multiple bilaterale Tierfellnaevi bei dem einen von zwei eineiigen Zwillingen, Arch. f. Derm., Bd. 153, H. 1. — 5. Lenz, Die krankhaften Erbanlagen. Anomalien der Körperform in „Menschliche Erblichkeitslehre", von Baur, Fischer, Lenz, 1927, 3. Aufl., S. 235. Lehmanns Verlag, München. — 6. Gossage, A family of heterochromia of the left iris. Quarterly Journ. of medicine. 1898, z. nach Lenz „Die krankhaften Erbanlagen", in Baur, Fischer, Lenz, S. 183. — 7. H. W. Siemens, Untersuchungen über die Beziehungen verschiedener Naevusformen zueinander, Kl. W., 1927, Nr. 4, S. 153—57. — 8. H. W. Siemens, Über die Bedeutung der Erbanlagen für die Entstehung der Muttermäler, Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 32. — 9. Die Zwillingspathologie. Springer, Berlin 1924.

Aus der Nerven- und der Dermatologischen Abteilung des Militärspitals zu Odessa

Über einen Fall von erworbenen Endgefäßerweiterungen im Innervationsgebiet des inneren Bündels des linken Schultergeflechts

Von

J. S. Rabinowitsch und P. S. Unikel, leitenden Ärzten der Abteilungen

Es bestehen Wechselbeziehungen mannigfaltiger Art zwischen Hauteruptionen und peripherischen Nervenerkrankungen. Längst bekannt sind die Herpes-zoster-Neuritiden. In den letzten Jahren hat André Thomas mehrere Fälle veröffentlicht, in welchen peripherische Neuritiden einer Urtikaria ihren Ursprung verdankten.

Andererseits führen oft die Erkrankungen peripherischer Nerven zu trophischen Hautstörungen. Oppenheim berichtet in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten über Blässe oder Rötung der Haut, über umschriebenes Ödem, über Glanzhaut, Bläschenbildung, Hautblutungen und Gangrän infolge traumatischer, toxischer oder infektiöser Mono- und Polyneuritiden.

Während der Fleckfieberepidemie in den Jahren 1921 und 1922 hat einer von uns (J. S. Rabinowitsch) vielfach Gelegenheit gehabt, trophische Hautstörungen verschiedenster Art im Verlaufe der infektiösen Polyneuritiden zu beobachten. In den Wintermonaten 1921/22 waren sämtliche von Oppenheim angeführte Modalitäten der trophischen Hautstörungen häufige Erscheinungen bei der Fleckfieberpolyneuritis. In manchen Fällen erschienen, vorzugsweise am Fußrücken, blaurote Flecke, erbsen- bis bohnengroß. Im Beginn verschwanden die Flecke auf Druck, späterhin blieb die bläuliche Verfärbung auch beim Druck bestehen, und nach einigen Tagen wurden die Flecke bräunlich und gelblich. Somit ist es klar, daß in den Flecken Blutaustritt aus den Gefäßen stattfand. Im Anfang ihrer Bildung hatten jedoch die Flecke ein kurzwährendes teleangiektatisches Stadium ohne Blutaustritt.

Digitized by Google

Wir haben in der uns zugänglichen dermatologischen und neurologischen Literatur kein anderes Beispiel erworbener Endgefäßerweiterung infolge einer peripherischen Nervenerkrankung auffinden können. Infolgedessen glauben wir uns berechtigt, einen Fall von dauernden Endgefäßerweiterungen neuritischen Ursprungs zu veröffentlichen.

Es handelt sich um einen 22jähr. Militärpflichtigen, welcher uns im Oktober 1925 von der Aufnahmekommission zum Begutachten überwiesen wurde. An der Innenseite seiner linken oberen Extremität hatte er eine Anzahl blaurote Flecke unregelmäßiger Form und verschiedener Größe: von erbsen- bis kinderhandbreit. Die Flecke sahen dem Naevus vasculosus überaus ähnlich. Auf Druck verschwanden sie gänzlich, und die Haut erschien an ihrer Stelle völlig unverändert. Die Flecke ragten nicht über das Niveau der gesunden Hautpartien hervor. Das Gebiet, in welchem sich die Flecke befanden, erstreckte sich auf die innere Hälfte der Volarfläche des Unterarmes und dessen ulnaren Rand, auf die innere Fläche des Oberarmes, in seinem oberen Viertel auf die Hinterfläche übergreifend, und auf den äußeren Abschnitt der Vorderfläche des Brustkastens oberhalb und nach außen von der linken Brustwarze.

Die linke obere Extremität erschien beim Betasten etwas wärmer als die rechte.

Anamnese: Vor 3 Jahren war Pat. von einer Anhöhe ins Meer gestürzt, dabei erlitt er eine Verletzung der Kopfhaut, eine Rißwunde, welche sofort vernäht werden mußte. Gleich nach dem Unfall stellten sich reißende Schmerzen, Jucken, Brennen und taubes Gefühl im linken Arm ein. Sehr bald erschienen die blauroten Flecke, welche zunächst am Unterarm auftraten und sich proximalwärts bis zur Gegend der Brustwarze verbreiteten. Die Schmerzen sind nie hochgradig gewesen, Witterungseinflüsse machen sich geltend. Die Flecke blassen zuweilen ab, zeitweise treten sie deutlicher hervor. Die Muskelkraft des linken Armes hat etwas abgenommen.

Der Kranke stammt aus einer nervös belasteten Familie und bietet die ausgesprochenen Züge eines Zyklothymikers-Körperbau (nach Kretschmer) rein pyknisch. Tuberkulose und Syphilis weder beim Kranken, noch in seiner Familie nachweisbar. WR —. Innere Organe o. B. Das vegetative Nervensystem weist die Erscheinungen einer hochgradigen Vagotonie auf. Zur Vaguslähmung nach Danielopolu und Karniol sind 4,5 mg Atropin erforderlich.

Der linke Arm erscheint im Vergleich mit der gesunden Seite etwas abgemagert. Die grobe Muskelkraft ist mäßig herabgesetzt. Dynamometer rechts 70, links 48. Es besteht eine hochgradige Parese der Mm. lumbricales, der interossei externi II—III, der Muskeln des Kleinfingerballens. Die Kraft der Daumenballenmuskeln, eingerechnet den Adductor pollicis, ist unversehrt. Der M. flexor carpi ulnaris, sowie die langen Beuger der IV—V Finger sind paretisch. Die vom N. medianus und vom N. radialis versorgten Muskeln besitzen normale Kraft. Die elektrische Erregbarkeit des Stammes des N. ulnaris, sowohl an der Trochlea als über dem Handgelenk, ist mäßig herabgesetzt. Die unmittelbare galvanische Reizung der paretischen Muskeln ergibt etwas träge Zuckungen.

Der pilomotorische Reflex ist beiderseits gleich deutlich ausgeprägt. Auch die Schweißabsonderung bietet keinerlei Abweichungen von der Norm.

Die oberflächliche Sensibilität für Berührung, Schmerz, Wärme- und Kältereize ist bedeutend abgeschwächt in einem Gebiet, welches vom N. ulnaris, Nn. cutanei brachii et antibrachii mediales und Nn. intercosto-brachiales versorgt wird: am Brustkorb — oberhalb und nach auswärts von der Brustwarze; am Oberarm — an der medialen Fläche, proximalwärts nach der Hinterfläche ausstrahlend; am Unterarm, an der ulnaren Hälfte der Volarfläche und am ulnaren Rande; an der ulnaren Hälfte der Hand, sowohl am Handrücken als in der Hohlhand; an den V, IV und der ulnaren Hälfte des Mittelfingers. Das Vibrationsgefühl ist vollkommen normal.

Die Gebiete der Endgefäßerweiterungen und der Gefühlsabstumpfung decken sich bis auf die Hand und die Finger, welche keine Teleangiektasien aufweisen.

Einer von den Flecken wurde zum Zwecke histologischer Untersuchung ausgeschnitten. Das Stratum corneum ist kaum merklich verdickt; das Stratum Malpighii und Stratum papillare sind unverändert. In der Kutis findet man neugebildete und erweiterte Haargefäße, welche prall gefüllt sind. Die Endothelschicht dieser Kapillaren ist aufgequollen.

Digitized by Google

Die perivaskulären Räume enthalten eine unbedeutende rundzellige Infiltration.

Das Bindegewebe zwischen den Gefäßen ist etwas ödematös und verdickt. Die Haarfollikel sind erweitert.

Die Diagnose der Nervenerkrankung bietet keine Schwierigkeiten. Sowohl die motorischen als die sensiblen Ausfallserscheinungen deuten auf eine Erkrankung der N. ulnaris, N. cutaneus antibrachii medialis, N. cutaneus brachii medialis und deren Anastomosen mit den Nn. intercosto-brachiales. Sämtliche angeführte Nerven entstammen aus dem Fasciculus medialis des Plexus brachialis. Dasselbe innere Bündel entsendet außerdem den inneren Schenkel der Medianusschleife. Die Unversehrtheit des N. medianus ermöglicht in unserem Falle eine genaue Lokaldiagnose. Die traumatische Schädigung muß im Fasciculus medialis unterhalb des Abganges der Medianusfasern stattgefunden haben.

Ungewöhnlich ist bloß die Schädigung der Hautgefäße, eine Art erworbener Teleangiektasie.

Tillmanns erwähnt in seiner Allgemeinen Chirurgie, daß nach der Ansicht mancher Autoren (Bärensprung, Philippson, Werner, Jadassohn) die angeborenen Teleangiektasien einen neurogenen Ursprung haben. Intrauterine Schädigungen der trophischen und Gefäßnerven sollen dazu die Ursache abgeben.

In unserem Falle erworbener Endgefäßerweiterungen ist die neurogene Entstehungsweise ganz augenscheinlich.

Während einer $1^1/_2$ jährigen Beobachtung traten im Zustande des Kranken keine Veränderungen auf.

Literatur

1. André Thomas, Presse méd. 14, 1925. — 2. Oppenheim, Lehrb. d. Nervenkrkh., 1913, 6. Aufl. — 3. Tillmanns, Allgemeine Chirurgie, 1901.

Neue Erfahrungen mit Physiol. (Mit besonderer Berücksichtigung der typischen Physiolspezialitäten)

Von

Dr. L. Zakarias in Prag

Über die theoretische Bedeutung und über die praktischen Erfahrungen mit der Kolloidsalbentherapie und Verarbeitungsmethoden gibt die Physiolliteratur (1) Auskunft.

Als neu sei auf die jüngste Arbeit von Dr. Rapp (2) hingewiesen. Folgende Stellen seiner Arbeit sind beachtenswert: „Physiol wurde versuchsweise auch in unserer Hautklinik (Prof. v. Zumbusch in München) angewendet. Es wurde mit Verwendung von Physiol C eine bessere Resorption von Arzneistoffen als mit anderen Salbengrundlagen beobachtet . . . Als reizlose Salbengrundlagen haben zu gelten: frisches, gutes Schweinefett, bestgereinigtes Lanolin, nicht ranzige Wachssalben, Diachylonsalbe mit Ol. benzoit. bereitet, Physiolsalben. Als hautreizende Salbengrundlagen sind anzusprechen: Vaselin, ganz besonders Ungt. Paraffin." Wenn man überlegt, daß die aufgezählten reizlosen Salbengrundlagen mit Ausnahme der Physiolsalben nicht quellungsfähig, also praktisch schwach resorptionsfähig sind, und daß Schweinefett nur kurze Zeit reizlos bleibt, wird man die Kolloidsalbengrundlagen „Physiol" mit Recht bevorzugen.

Die Apotheken waren nicht imstande, Physiol mit Ungt. Glycerini oder mit Tragantlösung zu ersetzen. Tragant- und Stärkelösungen verschimmeln und vergären trotz Konser-

Digitized by Google

vierungsmittel (Benzoesäure, Salizylsäure, Benzoederivate, z. B. Solbrol, usw.) während des Gebrauches bei den Patienten und rufen eine Geringschätzung des rezeptierenden Arztes bei den Patienten hervor.

Über das Ungt. glycerini äußert sich RAPP folgendermaßen: „. . . aber selbst das mit 12—16% Wasser verdünnte Glyzerin kann auf Wunden und Schleimhäuten Reizerscheinungen bedingen. Mag die Reizwirkung der Glyzerinsalbe infolge der schleimigen Beschaffenheit der Salbe abgemildert werden, so ist sicher deren Indikationsgebiet als beschränkt zu betrachten. Das Anwendungsgebiet dürfte bei der nachfolgenden Physiolsalbe A um so größer sein, die gleichfalls wie die Glyzerinsalbe eine fettlose Salbengrundlage darstellt."

RAPP erwähnt, daß eine feinere kolloide Zerteilung der Medikamente mit Hilfe des Physiols sicher besser zu erreichen ist als mit den übrigen Salbengrundlagen.

Außer den bekannten Vorteilen ermöglichte die neue Kolloidsalbengrundlage die Herstellung prinzipiell neuer Spezialitäten. Mit anderen Salbengrundlagen konnten die weiter unten hervorgehobenen Ideen nicht verwirklicht werden.

Als solche prinzipiell neue Spezialitäten, welche magistraliter nicht bereitet werden können, sind zu nennen: Ekzem-, Analgesie-, Jod- und Sulfur-Physiol bzw. Sulfur praec. Polydyn.

Das Ekzem-Physiol besteht aus 0,8% Kalzium und 99,2% Physiol B. Bekanntlich sind die Entzündungsherde hyperosmotisch und von sauerer Reaktion. Deswegen entstand die Vorstellung, Kalzium als Neutralisationskörper in Physiol B zu bringen, welches Ca an das Polysaccharid des Physiols adsorbtiv fest gebunden ist und erst auf der Haut allmählich je nach dem Vorhandensein der Säuren (Fettsäuren und Aminosäuren) dem Physiol entzogen wird. Eine weitere Rolle des Ca besteht bekanntlich in den gefäßverengenden und entzündungswidrigen Eigenschaften. Physiol B selbst wirkt auf das subakute Ekzem durch seine in der Literatur bekannten Eigenschaften. Es desinfiziert rein physikochemisch durch die große Oberflächenaktivität, saugt infolge Quellung die Sekrete auf, macht die Haut infolge der Anwesenheit von nicht ranzig werdenden Fetten seidenweich und schält die obere tote Epithelschichte ganz allmählich ab. Ekzem-Physiol wird insbesondere bei subakuten Ekzemen und überall anstatt Zinkpasten und Zinksalben empfohlen. Das Hineinbringen von Kalzium in Physiol in der Weise, daß das Physiol dadurch lagerbeständig bleibt, erfordert ein kompliziertes Verfahren. Wenn man ein wasserlösliches Kalziumsalz (z. B. $CaCl_2$) in Physiol auflöst oder wasserunlösliche Verbindungen des Kalziums mit Physiol verreibt, verflüssigt sich das Physiol nach kurzer Zeit (Kolloidpeptisation) und nimmt einen unästhetischen Charakter an, welches Produkt für therapeutische Zwecke nicht brauchbar wird.

Ich habe eine Methode ausgearbeitet, wonach das zugefügte Kalzium mit dem Polysaccharid des Physiol B eine feste und haltbare Verbindung bildet.

Das kalzinierte Physiol B wird am Wasserbade unter fortwährendem Rühren bis zum Erkalten sterilisiert, damit auch die sporenbildenden Bakterien abgetötet werden.

Daß Kalzium in Physiol eine feste Adsorptionsverbindung bildet, beweist die Tatsache, daß das Kalzium bei der Kolloidfiltration (Ultrafiltration) nicht in das Filtrat übergeht.

Das Jod-Physiol besteht aus 2% Jod. resublim., 97% Physiol B und 1% KJ. Infolge der arzneisparenden Eigenschaften der Kolloidsalbengrundlagen ersetzt das 2%ige Jod-Physiol eine viel höher konzentrierte Jodtinktur schon an sich.

In der alkoholischen Lösung braucht man viel mehr Jod, weil die alkoholische Jodlösung die Hautporen koaguliert und dadurch die Jodresorption erheblich hindert. Aus diesem Grunde bleiben nach Jodtinktur langandauernde Jodflecke auf der Haut zurück und das meiste Jod verdampft, anstatt in der Haut resorbiert zu werden.

Nachdem das Jod in Physiol, also in wässerigem Medium, praktisch kolloid gelöst ist und diese Physiol-Jodlösung die obere Epithelschichte und die Poren nicht koaguliert, wird es auf der Haut sofort farblos resorbiert. In den Hautporen bildet das dort resorbierte Jod-Physiol ein zwar farbloses, aber intensiv nach Jod riechendes Dauerdepot.

Man kann Jod-Physiol überall anstatt Jodtinktur und zur Tränkung von Tampons empfehlen.

Das Jod kann in das Physiol B nach den bekannten Methoden nicht gleichmäßig hineingearbeitet werden. Wenn man das in Alkohol gelöste Jod mit Physiol verarbeitet, bilden sich kleine Jodflocken, welche weder maschinell noch in der Reibschale homogenisiert werden können.

Versuche, die Jodtinktur erst in Fett zu lösen und dann dem Physiol beizumengen, sind daran gescheitert, daß das Jod in Physiol grob kristallinisch ausgefällt wurde.

Digitized by Google

Die Herstellung einer Lugolschen Lösung in Physiol ist ebenfalls nicht empfehlenswert, wenn man lagerbeständige Präparate erhalten will.

Das Analgesie-Physiol besteht aus 2% Menthol, 3% Novokain, 0,3% Acid. carbol. und 94,7% Physiol B. Eine spezielle Wirkung wird in der Literatur bestätigt. Besonders hervorzuheben ist die bequeme, reinliche Anwendungsweise sowie die rasch eintretende und lang andauernde Wirkung. Es ist also anzunehmen, daß die Eigenschaften des Physiols, rein mechanisch zu emulgieren und die die Haut verstopfenden Ausscheidungsprodukte zu lösen, dadurch den Arzneien den Weg zu den Hautporen freizumachen, auch in Analgesie-Physiol ein rascheres und restloses Eindringen der darin enthaltenen Arzneikörper und damit eine intensivere Einwirkung auf die Hautnerven ermöglicht. Dadurch wurde ein rascheres und andauerndes Zurückgehen der Krankheitserscheinungen bewirkt, so daß das Analgesie-Physiol tatsächlich auch für sich einen Heilfaktor darstellt und nicht bloß als symptomatisches Antipruriginosum zu betrachten ist.

In dem Analgesie-Physiol ist das Menthol größtenteils kolloid verteilt, wodurch die besonders intensive Wirkung zu begründen ist.

Das Sulfur-Physiol (3) enthält 10% Sulfur praec. Polydyn plus 90% Physiol AS. Es besitzt eine intensive Schwefelwirkung in nicht fettendem, wässerigem Medium ohne Schwefelwasserstoffbildung. Diese Schwefelkolloidcreme ist geruchlos und verschwindet spurlos in der Kopfhaut, ohne die Haare zu verkleben. Auch bei Seborrhoe faciei ist die Fettlosigkeit von großem Vorteil, weil das übermäßig gebildete Hautfett emulgiert wird.

Es wird überall anstatt der fetten Schwefelsalben und -Öllösungen angewendet.

Bei langhaarigen Personen (Damen) macht man in $^1/_2$ cm Abständen Scheitel, schmiert diese Scheitel dünn ein, und nach dem Einschmieren der Kopfhaut kämmt man die Haare unbedingt ein paarmal auf, damit sie wieder lockig werden.

Die Herstellung ist auch in der Apotheke möglich, wenn die Apotheke tatsächlich Sulfur praec. Polydyn anstatt des gewöhnlichen Sulf. praec. verwendet, welch letzteres eine schwächere Wirkung hat und in Physiol H_2S bildet. Das in der Apotheke bereitete Sulfur-Physiol ist dunkelgrün, wogegen die kosmetische Originalpackung der Firma Polydyn-Werke in Prag hellgrünlichgelb ist und eine butterartig-weiche Konsistenz besitzt.

Literatur

1. L. Zakarias (Prag), Derm. W., Nr. 45, 1924; Die Kolloidsalbentherapie, Arch. f. Derm. und Syph. (Berlin), Bd. 151, 1926; Haltbare Polysaccharide-Gele, Chemiker-Ztg., Nr. 34, 1927. — 2. Dr. Rapp (München), VIII Salben, Pharmazeut. Ztg. Nr. 18, 1927. — 3. R. Weisskopf, Die Behandlung der Seborrhoea capitis mit Sulfur-Physiol, M. Kl., Nr. 32, 1925.

Über Urotropin in der Dermatologie

Von

Dr. Houloussi Behdjet

Chef der dermatologisch-syphilidologischen Abteilung am Hospital Gouraba in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Das Urotropin, 1894 von Prof. Nicolaier in die Therapie eingeführt, wird heutzutage immer mehr angewendet und die damit erzielten Erfolge können nicht mehr bestritten werden. In den Organismus gleichgültig auf welchem Wege und in welcher Form eingeführt, findet es sich, wie die klassischen Bücher lehren, sowohl im Blut wie in den Körpersäften und im Harn wieder und besitzt für den Organismus im allgemeinen desinfizierende Eigenschaften. Da die in den letzten Jahren erschienenen Untersuchungen uns über seine chemische Zusammensetzung, seine antiseptischen Eigenschaften, seine verschiedenartigen Wirkungen auf jedes

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES

einzelne Organ, seinen Übergang in den Liquor cerebrospinalis, den Grad seiner Absorption, die verschiedenen Wege seiner Ausscheidung, die chemischen und biologischen Veränderungen während seiner Ausscheidung, seine allgemeine Toxizität, seine physiologischen Eigenschaften, den Grad der Aufnahmefähigkeit des Organismus unterrichtet haben, ist es nicht notwendig, hierauf einzugehen.

Ich hatte bereits vor dem Kriege die Veröffentlichungen von Otto Sachs gelesen, der zuerst Urotropin bei Hautkrankheiten angewendet hatte, und sei es zu dieser Zeit, sei es während des Krieges, hatten wir es nicht verabsäumt, diese neue therapeutische Wirkung des Urotropins in Adrianopel auszunutzen, wo das Krankenhausmaterial durch die Gegenwart mehrerer tausend Hautkranker bereichert war.

Ich verwendete das Urotropin bei den verschiedenen vorkommenden Gruppen von Hautkrankheiten teils innerlich, teils in Form intramuskulärer oder intravenöser Einspritzungen, deren Lösungen in dem chemischen Laboratorium unseres Krankenhauses zubereitet waren. In den Fällen, in denen die äußerliche Behandlung erfolglos geblieben war, so bei gewissen juckenden, papulösen, nässenden, schuppenden, krustösen, vesikulösen, bullösen Affektionen, wurden oft gute Erfolge mit Urotropin erzielt, meiner Ansicht nach die günstigsten, wenn es sich um juckende Affektionen handelte. Seit 6 Jahren habe ich die Urotropinbehandlung ununterbrochen durchgeführt und, indem ich mich auf die seit 16 Jahren verfolgten Erfahrungen mit diesem Medikament stütze, kann ich seine außerordentliche Wirksamkeit besonders bei zwei Krankheiten mit ziemlich dunkler Pathogenese bestätigen; auch habe ich vorzügliche Erfolge bei Intertrigo der Neugeborenen erzielt.

Auf Grundlage der Primär- und Sekundäreffloreszenzen der Krankheit und des Studiums der Frage der Ätiologie lege ich folgende Einteilung zugrunde:

Erytheme. Behandelt wurden 3 Kranke mit Erythema multiforme. Bei dem ersten unterbrachen wir die Behandlnng, als sich am 6. Tage eine Hämaturie zeigte. Bei dem zweiten erschien nach 12 Tagen und der 6. Einspritzung eine Purpura; es handelte sich um einen jungen Mann von 19 Jahren, der kein Medikament innerlich erhielt und nur mit intravenösen Einspritzungen von 40%igem Urotropin behandelt wurde. Am Abend der 6. Einspritzung erschien ein intensives Jucken mit allgemeiner Abgeschlagenheit, der Kranke, der glaubte, daß der zunächst im Nacken und an den Händen lokalisierte Ausschlag sich über den ganzen Körper verbreiten würde, verbrachte eine schlaflose Nacht und erwartete ungeduldig die Sprechstunde. Als er zu uns kam, hatte er eine punktförmige, besonders an den Außenseiten der oberen und unteren Extremitäten lokalisierte Purpura, die sich von da auf verschiedene Stellen des Körpers erstreckte. Hämaturie bestand nicht, die 2 Tage später vorgenommene Harnuntersuchung ergab granulierte Zylinder und mehr als 0,5‰ Eiweiß. Die Behandlung wurde abgebrochen und die vorher erwähnten Erscheinungen schwächten sich ab und schwanden allmählich. 20 Tage nach Beendigung der Behandlung konnte man die blassen Purpuraflecken kaum noch bemerken. Der dritte Fall betraf eine Frau von 49 Jahren, die mit einem von starken Gelenkschmerzen begleiteten Erythema multiforme zu uns kam.

Digitized by Google

Da sie seit langem nierenleidend war, zogen wir es vor, an Stelle von Urotropin Zylotropin einzuspritzen. Nach der 2. Einspritzung trat eine punktförmige Purpura an den oberen Extremitäten auf, so daß wir unverzüglich die Behandlung aufgaben; die Eruption schwand dann allmählich. Die vorstehenden Beobachtungen zeigen uns, daß man das Urotropin unter die Körper einreihen muß, die, wie Phosphor, Benzol, Chloral, Salizyl, Chinin, Belladonna, Capahu, die antitoxischen Sera, sekundäre toxische Purpura bewirken. Bei diesen beiden Kranken handelte es sich wahrscheinlich um eine Idiosynkrasie, denn das Urotropin rief bei echter essentieller oder sekundärer Purpura keinerlei schwere Erscheinungen hervor. Jedenfalls habe ich die Fälle von durch Urotropin hervorgerufener Purpura unter meine Beobachtungen aufgenommen.

Intertrigo. Bis zu 0,5 cg bei Neugeborenen, 2 g bei Erwachsenen. Ich erzielte ausgezeichnete Erfolge bei Intertrigo der Neugeborenen und den von erythematösen, vesikulösen und infiltrierten Eruptionen begleiteten Hauterscheinungen zwischen den Schenkeln bei Fettleibigen.

Urtikaria. Sowohl bei Riesenurtikaria wie bei Urticaria factitia waren die Erfolge wenig günstig, nur vorübergehend. Ich versuchte die Behandlung in Fällen von Urtikaria bei Nervösen, Deprimierten, Hysterischen, von Geburt an Neurasthenischen oder es erst später Gewordenen, in Fällen von chronischen Intoxikationen, von Aufwallungen, von starker Impressionabilität und von Angstzuständen, bei Verdauungsstörungen, Dyspepsie bei Magenerweiterung, Leberkrankheiten, hartnäckiger Obstipation infolge von Bandwürmern, im Gefolge von Krankheiten wie Nephritis, Infektionen, puerperalen Zuständen, endlich in Fällen von Urtikaria bei Gichtikern, Leukämikern und allen den von Veränderungen des Blutes und der endokrinen Drüsen Betroffenen. Im allgemeinen konnte ich keine wesentliche und grundlegende Besserung bemerken. Bei 80% der Kranken glaubte man gar nicht, daß eine Behandlung stattgefunden hatte; die übrigen 20% betrafen Fälle von sekundärer toxischer Urtikaria. Wir schließen danach auf Unwirksamkeit des Urotropins bei Urtikaria.

Purpura. In 3 Fällen von essentieller und in 2 Fällen sekundärer Purpura wurde kein Erfolg erzielt; allerdings trat auch keine Verschlimmerung ein.

Bei artifiziellem Ekzem, Kinderekzem, sekundären Ekzematisationen, Ekzematosen und Ekzematitiden waren die Erfolge zu schwankend und vorübergehend, um eine bestimmte Ansicht zu äußern; in manchen Fällen bewirkte Urotropin eine zeitweilige Besserung, in anderen von Rückfällen gefolgte Heilungen, in wieder anderen trat überhaupt keine Wirkung ein. Ich hatte befriedigende Erfolge nur in 2 Fällen von generalisiertem Ekzem.

Erythematös schuppende Dermatitiden. Kein Erfolg in 5 Fällen von Pityriasis rosea Gibert, 7 Fällen von Psoriasis, 3 Fällen von Parapsoriasis.

Erythrodermien. In 2 Fällen primärer und 2 Fällen sekundärer Erythrodermie kein Erfolg. In 5 Fällen erythrodermischer Dermatosen wechselnde Erfolge: der Pruritus und die Schuppung schwächten sich für 3—5 Tage ab, nach dieser Zeit entwickelt sich die Krankheit aber wieder zu dem vorherigen Grade.

Digitized by Google

Papulöse Dermatosen. Beim Lichen planus und den atypischen Lichenformen verschwindet das Jucken für den Augenblick, aber die Krankheit wird in ihrer Entwicklung nicht beeinflußt. Nach Ablauf von 10—12 Tagen beginnt der Kranke sich wieder zu kratzen und die Eruption erscheint in gleichem Maße wie vorher wieder. (Von der Prurigo wird später gesprochen werden.)

Vesikulöse Dermatosen. Bei Herpes und Zoster glaube ich keinen Erfolg erzielt zu haben. Die Behandlung kam bei 2 Fällen von Zoster zur Anwendung. Der erste Kranke litt an einem Zoster intercostalis der rechten Seite mit starken Schmerzen; ich sah ihn am 7. Tage der Erkrankung und machte ihm eine intravenöse Urotropineinspritzung. Nach Verlauf von 4 Tagen waren die Bläschen eingetrocknet und die Schmerzen verringert, nach 10 Tagen wies der Kranke nur noch Pigmentreste seiner Krankheit auf. Der zweite Kranke hatte einen Zoster im Verlaufe des Trigeminus. Er erhielt 6 Einspritzungen; nach der 3. fingen die Bläschen an, sehr schnell einzutrocknen. Jedoch kann ich keine bestimmte Ansicht über den Einfluß des Urotropins auf den Zoster äußern. Bei den Komplikationen der Krankheit wurde das Medikament nicht angewendet. Da beim Herpes labialis die Krankheit gewöhnlich von selbst im Verlaufe von 5—6 Tagen heilt, kann ich keine bestimmte Meinung bezüglich der vesikulösen Dermatosen wie Zoster und Herpes aussprechen.

Pustulöse Dermatosen. Ebenso keine bestimmte Ansicht bei Ekthyma, den chronischen infektiösen Dermatosen, bei denen gleichzeitig äußerliche Medikamente zur Anwendung kamen.

Bullöse Dermatosen. In 4 Fällen von Pemphigus, darunter 2 akuten und 2 chronischen, einem Falle von bullöser Impetigo und 3 Fällen von Duhringscher Krankheit ergab sich folgendes. Nach Ablauf von 3 Tagen verringerte sich, besonders beim Duhring, das Jucken, die Blasen und Bläschen schwanden. Wir erwarteten einen günstigen Erfolg, aber nach Verlauf von 10 Tagen erschien die Eruption wieder. Besonders der letzte Kranke, der auf unserer Abteilung lag, erlitt einen ganz akuten Rückfall, wie er ihn während des 16jährigen Bestehens seiner Krankheit noch nie beobachtet hatte. Er klagte über sich steigernde Schmerzen, die konfluierenden Eruptionen am Rücken stellten eine halb durchscheinende Masse vom Umfange einer Handfläche dar. Der Bläscheninhalt wurde zytologisch und bakteriologisch untersucht, in den Kulturen fanden sich Diplokokken; die Eosinophilie dieser Flüssigkeit betrug 40%. Der Kranke, der außerordentlich an den Stellen der geplatzten Bläschen litt, erhielt längere Zeit schmerzlindernden und austrocknenden Puder. Bei den beiden anderen Kranken mit Duhringscher Krankheit dauerte die Besserung nur 3—4 Tage. Auch in den 4 Fällen von Pemphigus kein Erfolg; in einem Falle von traumatischem Pemphigus (Koebner) schwanden die Erscheinungen an Händen und Füßen nach der 3. Einspritzung. Obwohl wir wußten, daß wir uns am Ende der Monate der jährlichen Rückfälle befanden, gaben wir die Hoffnung nicht auf. Die Blasen, die bei diesem Kranken, den wir mit dem verstorbenen Dr. Hodara gemeinsam behandelt hatten, vorher durch Scheuern oder Traumen aufgetreten waren, blieben aus, und wir glaubten schon an einen Einfluß des Urotropins; aber nach einiger Zeit traten die Eruptionen ganz wie vorher wieder auf. Wir konnten

Digitized by Google

uns so zu dem gewöhnlichen Zeitpunkte der Exazerbation von der Nutzlosigkeit der Behandlung überzeugen und schließen daher auf Unwirksamkeit des Urotropins bei bullösen Affektionen.

Keratosen. Hyperkeratosen. Keine Besserung bei 5 Fällen von Pityriasis simplex, 3 Fällen von Pityriasis steatoides, 2 ichthyosiformen Hyperkeratosen, 3 Keratodermien, 2 Fällen von Xeroderma Wilson.

Knotenförmige Dermatosen. Bei 2 Kindern mit Erythema nodosum machten die Einspritzungen Schwierigkeiten; bei dem einen trat nach einer intravenösen Einspritzung ein 16 Stunden andauerndes Fieber auf, so daß die Behandlung abgebrochen werden mußte. Bei dem zweiten zeigte sich nach intramuskulären Einspritzungen keine Besserung. Auch in 2 Fällen der von Kaposi zuerst als Sarkoid bezeichneten Affektion, die von Boeck benignes disseminiertes Hautsarkoid genannt wird, kein Erfolg.

Geschwürige Dermatosen. Um festzustellen, ob das Urotropin einen Einfluß auf die spezifische Entwicklung gewisser Krankheiten hätte, deren Ursache uns bekannt ist, versuchte ich intravenöse Einspritzungen bei zwei weichen Schankern mit Komplikationen, einem mit Bubo und einem phagedänischen, bei malignen ulzerierten Syphiliden der Sekundärperiode, tertiären syphilitischen Ulzerationen, Lupusgeschwüren. Es zeigte sich kein Erfolg, ebensowenig bei varikösen Geschwüren, bei einem leukoplasischen Geschwür und einer ulzerierten Neubildung.

Dyschromien. Kein Erfolg in 3 Fällen von Vitiligo.

Hauthypertrophien. Kein Erfolg in 2 Fällen von Elephantiasis nostras, davon der eine mit Pachydermie und indurierten Ödemen, der andere gleichfalls ödematös mit Indurationen, die zu Mißbildungen führten.

Follikulitiden. In 3 Fällen von Staphylokokken-Follikulitiden zweifelhaftes Ergebnis. Der eine Fall betraf eine entzündliche Sycosis simplex. Nach der 2. Einspritzung Besserung, völliges Schwinden nach der 6. Einspritzung; keine äußerliche Medikation. Der 2. Fall betraf gleichfalls eine nicht parasitäre Sykosis, die seit 6 Monaten von Zeit zu Zeit Verschlimmerungen aufwies. Er erhielt örtlich warme Umschläge von Sublimat 1 : 10000 und gleichzeitig intravenöse Urotropineinspritzungen; nach der 8. Einspritzung (am 20. Behandlungstage) war die Eiterung geschwunden, die Krusten fielen ab und der Kranke war befriedigt. Im 3. Falle handelte es sich um eine Person mit nicht parasitärer Sykosis und chronischer Rhinitis; diese wurde behandelt und Urotropin intravenös verabfolgt, ein Erfolg wurde nicht erzielt.

Ich wollte die Arbeiten von Otto Sachs aus dem Jahre 1919 wiederholen, und da ich mich in einem an Trichophytien reichen Lande befand, benutzte ich die Gelegenheit zur Behandlung der oberflächlichen und tiefen Barttrichophytien und des mit eitriger Follikulitis verknüpften Kerion Celsi bei Kindern; in 4 unter 19 Fällen bestand eine tiefe Trichophytie des Schnurr- und übrigen Bartes. Unglücklicherweise kann ich die Erfolge von Otto Sachs bei der Trichophytie nicht bestätigen, wahrscheinlich wegen ungenügender Dosierung des Medikamentes. Ich injizierte höchstens 5 ccm der 40%igen Lösung, d. h. in 2 Tagen bei Kindern 1 g, bei Erwachsenen 2 g Urotropin. Am meisten fürchtete ich das Auftreten

Digitized by Google

von Hämaturie, zumal eine solche sich bei 6 Kindern zeigte, als die Menge des Urotropins 12 g erreicht hatte; deshalb wagte ich nicht weiter zu steigen. Sachs hatte 6 g in 15 ccm Lösung eingespritzt und die Dosen verstärkt. Bei den übrigen tiefen Trichophytien, dem Kerion Celsi, dem Ectothrix megasporon tierischen Ursprunges und den von verschiedenen Hauterscheinungen begleiteten Manifestationen bemerkte ich keine Besserung.

In den verschiedenen Perioden der Akne bewirkte das Urotropin keine Heilung; zeitweilig erzielte Besserungen wurden bald durch Rückfälle hinfällig gemacht.

Hidrosis. Bei funktioneller und organischer Hidrosis ergab sich folgendes: Die Beobachtungen bei 3 jungen Mädchen mit örtlicher Hyperhidrosis verdienen ein gewisses Interesse; sie klagten im Sommer über profusen Schweiß, besonders in den Achseln und Leisten, der die Wäsche sehr angriff und einen widerlichen Geruch erzeugte. Nach 3 Einspritzungen verminderte sich der Geruch beträchtlich, die von der Transpiration hervorgerufene Röte schwand. Ebenso schwand bei 2 fettleibigen Personen die intertriginöse Röte der Leistenbeugen; örtlich war nur Talkum angewendet worden. Diese 5 Kranken waren von der Behandlung begeistert. Ferner wurden ein Feuerwehrmann mit starkem übelriechendem Schweiß der Achseln und der Fußflächen und zwei Packträger mit Bromhidrosis, die einen unerträglichen Geruch um sich verbreiteten, erfolgreich mit intravenösen Urotropineinspritzungen behandelt. Jedoch traten 2 Monate nach Unterbrechung der Einspritzungen Schweiß und Geruch wieder auf, wenn auch weniger ausgesprochen als zuvor. Bei einer jungen, 16jährigen Armenierin mit reichlichem, grün gefärbtem Schweiß der Achseln konnte ich nach 6 Einspritzungen das Schwinden der Symptome feststellen. Der Schweiß reizte so stark, daß er die Kleidung angriff. Der widerliche Geruch verschwand nach der 2. Einspritzung, nach der 6. wechselte der Schweiß gleichzeitig mit seiner Verminderung die Farbe.

Prurigo und Strophulus. Unter den verschiedenen Hautkrankheiten, bei denen ein Erfolg des Urotropins zu bemerken war, stehen Prurigo und Strophulus an erster Stelle. Ich konnte ausgedehnte Beobachtungen über diese Krankheiten anstellen, deren Beginn durch Jucken gekennzeichnet ist, das dann die Ursache von Papeln wird. In dieser Hinsicht bestätigten unsere Kollegen, indem sie uns die von ihnen bei Kindern erzielten Erfolge mitteilten, die Richtigkeit unserer Anschauung. Es hat keine Bedeutung, den Ursprung der Prurigo zu kennen; ob es sich um kongenitale Syphilis, nervöse Familien, Alkoholismus der Eltern, endokrine Störungen, Magen- oder Darmstörungen, die Zahnperiode bei Kindern, Exzesse der Ernährung, Schlaflosigkeit handelt, ist ohne wesentlichen Einfluß. Indem ich mich auf die charakteristischen Symptome des Strophulus und die Eruptionen der Prurigo Hebra stütze, fasse ich meine Anschauungen folgendermaßen zusammen. Unter dem Namen Strophulus verstehen wir die Prurigo simplex von Brocq oder den Strophulus von Willan und Bateman, d. h. eine Eruption am häufigsten unter dem Bilde kleiner, stecknadelkopfgroßer, ziemlich derber Bläschen von lentikulärer Form, rosaroter Farbe, deren Zentrum punktiert, gelb oder auch mit einer kleinen Kruste bedeckt ist. Bei der Mehrzahl der Kranken

Digitized by Google

war der Beginn wie ein kleiner Wachsfleck, beim Darüberstreichen hatte man das Gefühl eines kleines Bläschens. Sodann bemerkte man, daß die Papel beständig geblieben war und daß sich in ihrem Zentrum ein kleines Bläschen oder eine kleine Kruste bildete. Wurde diese durch Kratzen entfernt, so traf man eine punktförmige Hämorrhagie und auf der Fläche, von der die Papel entfernt war, einen leicht gelblichen, blassen Fleck. In gewissen Fällen bestand an Stelle einer kleinen Papel im Gegenteil eine große rötliche Papel vom Umfange einer Linse und das ihr Zentrum einnehmende Bläschen war gut zu sehen. In einem Falle waren die Gliedmaßen des Kindes der Sitz so ausgesprochener Veränderungen, daß man an eine vesikulöse Syphilis denken konnte. Nur die Konsistenz der Eruption war zu derb. Was die Prurigopapeln anbetrifft, so fanden wir deren von der Größe eines Hirsekornes bis zu der einer Erbse; einige hatten eine halbkreisförmige Gestalt mit scharfen Grenzen, andere eine ovaläre Form. Die Farbe wechselte von der der normalen Haut zu rosafarben, ausgesprochen dunkelrot, gelb, braun usw. Die Mehrzahl hatte eine derbe Konsistenz, glatte Oberfläche, schuppendes Zentrum und war im allgemeinen von einer blutigen Kruste bedeckt. In seltenen Fällen erinnerte das Aussehen an Lichen obtusus. Bisweilen traf man Effloreszenzen, die sich unter dem Einfluß des Kratzens ekzematisiert hatten und deren Peripherie eine ekzematöse und vesikulöse Eruption darbot; bei einer Kranken fand sich die Form der Prurigo nodularis.

Die von uns erwähnten Strophulus- und Prurigofälle waren diagnostisch absolut sichergestellt. Deshalb können die von mir bei 23 an Prurigo Hebra leidenden Personen und 16 an Strophulus leidenden Kindern festgestellten Erfolge als ausgezeichnet bezeichnet werden. Wenn wir hierzu die Serie der an Prurigo Hebra leidenden Kinder hinzufügen, die von Dr. Naki Djelal im Kinderhospital in Konstantinopel behandelt worden sind, würde sich im ganzen sicher eine Zahl von 50 ergeben. Rückfälle sind selten, ungefähr 20%.

Die von mir seit 2 Jahren sowohl in der Poliklinik wie in der Privatsprechstunde verwendete Lösung stammt von Schering (Ampullen zu 40%); die Anwendung des Präparates ist für den Kranken wie für den Arzt angenehm, da bei der Sterilisierung keine Umsetzungen stattfinden. Man injiziert alle 2 Tage oder auch täglich 5 ccm intravenös, die Zahl der Einspritzungen habe ich bisweilen bis auf 12 gesteigert. Während der Behandlung, nach der 3. Einspritzung, beginnen die Bläschen einzutrocknen, man bemerkt an ihrer Stelle einen leicht gelblichen Fleck. Nach 4—5—6 Einspritzungen bemerkt man eine Veränderung des Allgemeinzustandes, der Appetit hebt sich, nach der 8. Einspritzung verändert sich die blasse Gesichtsfarbe des Kranken, das Jucken schwindet völlig.

Bei 6 Kindern mit Strophulus trat eine Hämaturie auf, davon hatten 2 das Medikament intravenös erhalten, bei den anderen 4, die für diese Behandlungsmethode noch zu klein waren, hatten wir es innerlich gegeben. Das Maximum hatte 1,5 g nicht überstiegen. Die Hämaturie schwand gleichzeitig mit dem Aussetzen der Behandlung. Leider rezidivierte die Krankheit nach einer gewissen Zeit; diese Rückfälle sind übrigens in den obenerwähnten 20% enthalten.

Digitized by Google

ARCHIVES OF DERMATOLOGICAL & SYPHILOLOGICAL LABORATORIES JOHN H. STOKES REMOVED

Zusammenfassung. Nach meinen Beobachtungen, die die Serie der vor dem Kriege und während desselben sowie seitdem in Konstantinopel behandelten Kranken umfaßt, kann ich aus voller Überzeugung sagen, daß das Urotropin ein ausgezeichnetes Medikament bei der Behandlung von Prurigo und Strophulus, bei den durch Hyperhidrosis hervorgerufenen Veränderungen und bei der Intertrigo der Neugeborenen ist.

Aus dem Ambulatorium für venerische Krankheiten in Winnitza (U. d. S. S. R.).

Eine neue Methode für die Färbung von Gonokokken und Ducrey-Unna-Streptobazillen

Von

Dr. Anatol Kartamischew

Trotz der zahlreichen gegenwärtig bekannten Methoden für die Färbung von Gonokokken und ungeachtet der Möglichkeit, bei dem Färbungsverfahren von Präparaten nach Gram die meisten Gonokokkenarten von anderen, ihnen ähnlichen Bakterien zu unterscheiden, wünschen wir dennoch, die Resultate von Untersuchungen auf dem Gebiete der Gonokokkenfärbung mitzuteilen, welche in vielen Fällen die Feststellung des Erregers der Gonorrhoe erleichtert.

Das gewöhnlichste Färbungsmittel für Präparate, das Methylenblau, ist zwar in den meisten Fällen für die Feststellung von Gonokokken im Ausstrich ausreichend. Schwieriger jedoch wird die Sache bei chronischer Gonorrhoe, wenn sich zu der Gonokokken-Infektion noch eine andere hinzugesellt und wenn zur Feststellung der Gonokokken eine sorgfältigere Untersuchung erforderlich wird, um aus der Masse fremder Elemente den Erreger des Trippes herauszukennen.

Von diesen Erwägungen ausgehend, begannen wir nach einer solchen Färbung zu suchen, bei deren Anwendung die Gonokokken so plastisch wie möglich hervortreten und ihre Auffindung möglichst erleichtert würde. Die Färbung nach Gram bereitet in solchen Fällen mitunter Schwierigkeiten, da die Gonokokken dabei auf dem Gesamtfond nur blaß gefärbt erscheinen und von Beobachtern mit ungenügender Erfahrung leicht übersehen werden können. Zudem ist die Färbung nach Gram nicht durchaus als differenzierende Färbung für Gonokokken geeignet, da einerseits Diplokokken vorhanden sind, die den Gonokokken ähneln und sich bei der Färbung nach Gram negativ färben (Meningokokken u. a); anderseits werden immer mehr Stimmen laut, welche behaupten, daß bei schweren Entartungen infolge von Degeneration die Gonokokken bei Färbung nach Gram positiv sein können. (Neumann, Hygienische Rundschau, 1907; Weinrich, Zbl. f. Bakt., 24, 258.)

Die Färbung nach Pick-Jacobson bedeutet in dieser Hinsicht bereits einen großen Fortschritt, da man auf dem Fond eines hellgefärbten Protoplasmas dunkel gefärbte Gonokokken leichter findet. Bei dieser Methode aber färbt sich auch der Zellkern dunkel. Wir streben jedoch an, daß auf dem hellen Gesamtgrunde nur die Bakterien dunkel hervortreten möchten. Von vornherein war klar, daß bei dieser Färbungsmethode

Digitized by Google

ein zweifaches Färbungsverfahren anzuwenden sein würde, wobei als Grundfarbe dunkel, als Ergänzungsfarbe hell zu wählen war. Als Grundfarbe nahmen wir eine einprozentige Lösung von Methylenblau in Wasser, mit der wir den Ausstrich einige Sekunden lang färbten. Von den Mitteln, welch geeignet gewesen wären, zwar den Ausstrich als solchen, aber nicht auch die Gonokokken zu entfärben, haben wir nach den verschiedensten Versuchen eine Lösung von 0,008 %iger Salzsäure (HCl) gewählt. Durch Benetzung mit dieser Lösung entfärbte sich das vorher mit Methylenblau gefärbte Präparat rasch. Erforderlich ist eine ziemlich rasche Spülung des Präparates mit Wasser, und zwar wenn noch einige Stellen des Ausstrichs für das bloße Auge bläulich erscheinen, damit eine Entfärbung auch der Bakterien vermieden wird, wärend die Zellgewebe bereits entfärbt sind. Nach Auswaschung der HCl-Lösung mit Wasser färben wir das Präparat alsdann mit einer 2%igen Eosinlösung. Dadurch erhalten wir auf dem hellen Gesamtfond dunkelblau gefärbte Gonokokken. Nimmt man dagegen eine stärkere oder schwächere HCl-Lösung, als oben angegeben, so gelangt man sehr bald in die Zonen, in denen die HCl-Lösung anfängt, die Gonokokken zu entfärben. Die Technik des Färbens wäre also folgende: Man nimmt ein dünn ausgestrichenes Präparat, fixiert es durch Anwärmen über der Spiritusflamme und färbt es mit einer 1%igen Methylenblaulösung. Alsdann spült man das Blau mit Wasser ab und übergießt das Präparat für 3—5 Sekunden mit einer Lösung von 0,008%iger konz. Salzsäure (HCl). Nach Abspülung der Säure färbt man das Präparat ergänzend mit 2%iger Eosinlösung. Bei diesem Färbungsverfahren nehmen die Zellgewebe eine rosa Farbe an: das Protoplasma ein wenig schwächer, der Zellkern etwas stärker; die Gonokokken aber bewahren die blaue Färbung und treten plastisch aus dem hellen Gesamtfond heraus. Man kann auch die HCl-Lösung mit der Eosinlösung mischen und wird dabei das gleiche Färbungsverhältnis erzielen können. Es scheint jedoch, daß ein solches Verfahren an Intensität einbüßt und auch der Moment schwerer abzupassen ist, wo die Zellgewebe bereits entfärbt, die Gonokokken dagegen noch nicht entfärbt sind. Daher haben wir das beschriebene dreiphasige Färbungsverfahren vorgezogen.

Zwecks Feststellung, wie sich andere Bakterien zu diesem Färbungsverfahren verhalten, haben wir versucht, Kolonien von Staphylokokken zu färben. Diese entfärben sich leichter als die Gonokokken, und wir erhielten Präparate mit blau gefärbten Gonokokken und rosa gefärbten Staphylokokken. Streptokokken und Stäbchen jedoch halten die Färbung mit Methylenblau ebenso intensiv fest wie die Gonokokken und entfärben sich nur mit letzteren zusammen. Wir möchten noch erwähnen, daß wir äußerst wirksam gefärbte Präparate von Ducrey-Unna-Streptobazillen erhielten, die auf hellrosa Fond ein wundervolles Bild von dunkelblau gefärbten „Fischschwärmen" ergaben.

Spirochaete pallida läßt sich nach diesem Verfahren nicht färben.

Als Resümee der obigen Ausführungen ergibt sich folgendes:

1. Das von uns vorgeschlagene Verfahren gibt ein durchaus deutliches Bild von dunkelblau gefärbten Gonokokken, welche auf blaßrosa Grunde plastisch hervortreten.

2. Wir empfehlen die Färbung in drei Phasen:

Digitized by Google

a) mit 1% igem Methylenblau,
b) Entfärbung mit 0,008% iger HCl-Lösung,
c) ergänzende Färbung mit 2% iger Lösung von Eosin in Wasser.

3. Wenn diese Färbungsmethode auch nicht spezifisch für Gonokokken ist, so gibt sie doch ein so überaus anschauliches Bild, daß sie in vielen Fällen die Auffindung von Gonokokken erleichtern dürfte.

4. Diese Färbungsmethode ist auch für die Färbung von Ducrey-Unna-Streptobazillen geeignet.

5. Die Spirochaete pallida läßt sich nach diesem Verfahren nicht färben.

Die Behandlung der Zystitis mit Argolaval

Von

Dr. Hans Schlüter in Berlin

Abgesehen von medikamentösen Reizungen der Blasenschleimhaut, die durch Cantharidin, Urotropin und in selteneren Fällen auch durch die Balsamika hervorgerufen werden können, ist die Zystitis infektiös bedingt. Die Blase kann von der Harnröhre aus aszendierend oder vom Blut aus durch die Nieren deszendierend infiziert werden. Sehr häufig kommen Infektionen durch den Gebrauch des Katheters zustande, und zwar besonders dann, wenn gleichzeitig eine stärkere Harnstauung besteht. Man kann wohl annehmen, daß die Anwesenheit von Bakterien im Harne allein noch nicht zur Infektion der Schleimhaut führt. Eine Harnstauung und die damit verbundene Überdehnung der Harnwege ist eine unerläßliche Vorbedingung. Selbstverständlich können auch auf andere Weise Erreger von außen in die Blase gelangen. Bei einer gonorrhoischen Zystitis finden sich neben Gonokokken meistens auch Kolibazillen und Staphylokokken im Harne. Die Gonorrhoe hat also gewissermaßen den Weg für eine Sekundärinfektion frei gemacht. Deszendierend kommt eine Zystitis meistens durch eine Pyelitis zustande. Von großer Bedeutung für den Grad der Blasenerkrankung ist es, ob der Harnstoff unter bakteriellem Einfluß in Ammoniak umgewandelt ist. Ammoniak wirkt unter Umständen direkt nekrotisierend auf die Schleimhaut, und es ist verständlich, daß in diesen Fällen ein Spülmittel nur sehr schwer wegen der nekrotischen Beläge der Schleimhaut zur Wirkung kommen kann. Um die Einwirkung eines Medikamentes verstehen zu können, muß man sich ferner klar machen, daß die Schleimhaut im Zustande der Entzündung stark hyperämisch und verdickt und von Leukozyten durchsetzt ist.

Die bisherigen Behandlungsmethoden werden als bekannt vorausgesetzt und bedürfen deshalb an dieser Stelle keiner näheren Erläuterung.

Die mannigfachsten Spülmittel sind im Gebrauch mit guten und schlechteren Erfolgen. Am meisten angewandt dürften nach wie vor die Argentum-nitricum-Lösungen werden. Die Schwierigkeit besteht darin, daß man eine möglichst hohe bakterizide Wirkung mit möglichst geringer Reizung verbunden sehen will! Aber je höher die Konzentration einer Lösung ist, desto stärker ist auch der Reiz, der auf die Schleimhaut ausgeübt wird, und desto stärker sind die damit verbundenen unangenehmen subjektiven Nebenerscheinungen. Die Blasengegend wird enorm empfindlich, eine starke Strangurie stellt sich ein. Die Patienten werden von dem unaufhörlichen Harndrang unsagbar gequält und kommen auch psychisch dabei herunter. Diese Reizerscheinungen kommen nach Casper dadurch zustande, daß sich in der Blase nach Eindringen der Silbernitratlösung Chlorsilber bildet. Darauf verbindet sich das überschüssige Silber mit dem Zelleiweiß zu Silberalbuminat, wodurch die Gewebszellen zerstört werden. Hierdurch entstehen die schmerzhaften Sensationen. Die desinfizierende Kraft der Argentumlösungen beruht auf ihrer Ionenbeschaffenheit.

Casper, der umfangreiche Versuche in dieser Richtung angestellt hatte, kehrte zum Silbernitrat zurück und versuchte die unangenehmen Nebenerscheinungen durch Zugabe von Anästheticis zu mildern. Er setzte Anästhesin, Morphium, Antipyrin hinzu. Die Spülungen wurden besser vertragen. Casper kam aber wieder davon ab, weil bei dauerndem Gebrauch doch eine gewisse Gefahr von Intoxikation nicht ausgeschaltet werden konnte.

Digitized by Google

Dann gelang es Zeltner, auf Anregung von Casper, das Argentum mit Hexamethylentetramin chemisch zu verbinden und eine Lösung zu schaffen, die den erwarteten Ansprüchen entsprach. Diese Lösung kommt unter dem Namen Argolaval in den Handel (Chem. Fabrik Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof).

In diesem Präparate finden wir die Wirkungen des Silbernitrats und des Hexamethylentetramins vereinigt. Dazu kommt eine starke oxydative Wirkung. Die obersten Schichten der Schleimhaut werden durch die Argolaval-Lösung oxydiert, wodurch die vorhandenen Keime abgetötet oder mindestens in ihrer Virulenz stark geschädigt werden. Casper hat durch Versuche gezeigt, daß Argolaval stärker bakterizid wirkt als eine gleich starke Argentum-Lösung. Dagegen wird Eiweiß nicht so stark gefällt. Hierin liegt ein großer Vorteil. Infolgedessen fehlen die Reizerscheinungen.

Ich habe nach den Vorschlägen von Casper eine Reihe von Zystitiden mit Argolaval behandelt und konnte generell die Feststellung machen, daß der trübe Harn fast regelmäßig sehr schnell eine Aufhellung und Klärung erfährt. Das dürfte wohl auf eine Abnahme der Leukozyten und auf ein Verschwinden der Erreger zurückzuführen sein. Auch konnte ich beobachten, daß der bestehende Harndrang und die Überempfindlichkeit der Blasengegend nachläßt. Selbstverständlich ist streng darauf zu achten, daß die notwendigen diätetischen Vorschriften beachtet werden. Jede reizende Nahrung muß vermieden werden. Ferner ist es zweckmäßig, die Patienten Wildunger Wasser trinken und abends warme Umschläge auf die Blasengegend machen zu lassen. Werden diese allgemeinen Vorschriften beachtet, dann lassen sich mit Argolaval sehr schöne Erfolge erzielen.

Wichtig für einen schnellen Erfolg ist eine geeignete Dosierung. Ich habe die Spülungen in akuten Fällen begonnen mit 5 ccm Argolaval auf 500 ccm Aq. dest. Das Wasser ist leicht anzuwärmen (etwa 30—35° C). Mit dieser schwachen Konzentration habe ich in akuten Fällen die besten Ergebnisse gehabt. War die Verträglichkeit gut, so kann man nach einigen Tagen zu Konzentrationen von $^{10}/_{500}$, $^{10}/_{300}$ übergehen. Eine stärkere Lösung halte ich nicht für angebracht. In chronischen Fällen kann man sofort mit $^{10}/_{500}$ beginnen und bis auf $^{10}/_{100}$ bei guter Verträglichkeit steigen. Ich habe aber den Eindruck, daß mit höheren Konzentrationen nicht auch die Wirkung eine gleiche Steigerung erfahren muß. Das scheint besonders in akuten Formen der Fall zu sein. Auf jeden Fall ist mit den geringsten Dosierungen zu beginnen.

Einige Fälle mögen die Wirkung von Argolaval kurz erläutern.

Frau P., 48 Jahre, erkrankte unter leichtem Schüttelfrost mit dumpfem Druckgefühl in der Blasengegend. Beim Urinlassen verschlimmern sich die Schmerzen. Der Harn ist getrübt und dunkel gefärbt. Die Harnreaktion ist alkalisch. Im Sediment zahlreiche Leukozyten und Staphylokokken. Diagnose: Cystitis acuta.

Ich verordne Bettruhe und warme Umschläge auf den Leib bei einer reizlosen Diät. In den ersten Tagen ist die Nahrung in der Hauptsache auf Milch zu beschränken. Mit einer Lokalbehandlung wird erst nach 5 Tagen begonnen, nachdem die akut entzündlichen Erscheinnngen zurückgegangen waren. Spülungen mit Argolaval $^{5}/_{500}$ werden sehr gut vertragen. Nach weiteren 2 Tagen steige ich mit der Konzentration auf $^{10}/_{500}$. Bei dieser Dosierung bin ich in diesem Falle geblieben. Innerlich gab ich Fol. uvae ursi. Nach 14 Tagen restlose Ausheilung.

Herr K., früher Go., kommt wegen Pollakisurie in die Sprechstunde. Urin trübe. Sediment enthält Leukozyten und Staphylokokken. Eine Gonorrhoe ist nicht mehr nachweisbar. Pat. war gelegentlich einer Nachuntersuchung vor 8 Tagen urethroskopiert worden. Es handelte sich im vorliegenden Falle ohne Frage um eine Zystitis auf instrumenteller Basis. Spülung mit Argolaval $^{10}/_{500}$ bis $^{10}/_{200}$ bringen den Fall in kurzer Zeit zur Ausheilung.

Verschiedene Erkältungszystitiden konnte ich in einigen Tagen mit Argolaval zur Heilung bringen.

In allen Fällen ist das schnelle Zurückgehen der Beschwerden und das Klarwerden des Harnes ein bemerkenswertes Zeichen. Reizerscheinungen habe ich nicht beobachtet.

Bei kritischer Wertung des Präparates kann man sagen, daß Argolaval dem Argentum nitric. gegenüber auf jeden Fall einen Fortschritt bedeutet.

Literatur

L. Casper und Zeltner, Zur Behandlung der Zystitis mit einem neuen Blasenspülmittel. M. m. W., 1926, Nr. 25. — L. Casper, Urologisches in Beziehung zu den Marienbader Heilquellen. M. Kl., 1926, Nr. 36. — Hans Schirokauer, Der osmotische Druck als bakterizider Faktor. Ther. d. Gegenw., 1927, Nr. 5.

Digitized by Google

Versammlungen

Tagung der Südwestdeutschen Dermatologen

Marburg, 19. und 20. März 1927

Vorsitz: Ruete

Scharnke: **Experimentelles, Klinisches und Therapeutisches zur Metaluesfrage.** (Erscheint ausführlich.)

Aus der Univ.-Hautkl.:

Ruete: 5 Fälle von **Lupus erythematodes,** mit Gold behandelt.

Urticaria pigmentosa chronica.

Pityriasis lichenoides.

Multiple Kankroide im Gesicht.

Seborrhoisches Ekzem.

Schubert: 3 Fälle von **Sklerodermie.**

Lupus vulgaris.

Lupus vulgaris und **Röntgenverbrennung.**

Gumma in Röntgenhaut.

2 Fälle von **Röntgenverbrennung.**

Purpura teleangiectodes.

Lichen ruber striatus.

Chronisches Ekzem.

Post: **Elefantiasis** der Arme und Beine und **Lupus vulgaris.**

Lues III und **Ca. nasi.**

Jung: **Dermatitis herpetiformis.**

Acne decalvans.

Ruete: **Pemphigus vegetans,** bei dem Zusammenhänge mit Ovarialfunktion nachzuweisen waren. Nach Röntgenkastration Besserung, nach Autovakzinen Heilung. Rezidivfrei jetzt über 2 Jahre.

Herxheimer-Frankfurt macht aufmerksam, daß hier aus einem Pemphigus vulgaris ein Pemphigus vegetans hervorgegangen sei, was Neisser bezweifelte. Bei uns war dieser Fall ein Pemphigus vulgaris. Außerdem wäre bemerkenswert, daß der Fall als vegetans seit $2^1/_2$ Jahren frei von Erscheinungen ist.

Linser-Tübingen berichtet über einen Fall von **Pemphigus vegetans** bei einem Soldaten, der an Skrotum und Axillen mehrmonatlich behandelt und geheilt wurde. Er ist jetzt seit 11 Jahren gesund und ist Radrennfahrer.

v. Zumbusch-München: Nach den vorgelegten Bildern besteht an der Diagnose kein Zweifel; ebensowenig ist es zweifelhaft, daß Pemphigus vulgaris foliaceus und vegetans ineinander übergehen können.

Rothmann-Gießen: Mit der primären Ovarialstörung könnte die Störung des Salzstoffwechsels in diesem Falle in Zusammenhang stehen.

Kohlenberger-Mainz: 5 Fälle von **Pemphigus foliaceus vegetans.** Der vegetans aus foliaceus hervorgegangen. Bei allen Fällen Kochsalzbestimmung täglich im Harn. Der Kochsalzretention folgte regelmäßig Verschlechterung und umgekehrt. Also eine gewisse prognostische Verwertbarkeit der Kochsalzstoffwechseluntersuchung.

Keller-Freiburg beobachtete auch bei 2 Fällen von **Erythematodes** Ausbleiben der Menses monatelang. Das Aussetzen der Menses leitete die Ausheilung ein. Diese Amenorrhoe bei dem erwähnten Fall von Pemphigus vegetans braucht keinen kausalen Zusammenhang zu beweisen, sondern kommt wahrscheinlich bei den verschiedenartigsten angreifenden Hauterkrankungen vor.

Fuss-Ludwigshafen: 1. Sog. **Spieglersche Epitheliome.** 40jähr. Mann, auf dessen Kopf etwa 30 hirsekorn- bis wallnußgroße Geschwülste, jetzt zum Teil exstirpiert. Vereinzelte auch am Stamm. Erstes Auftreten vor 8 Jahren. Vater des Pat. hat angeblich auch Knoten auf dem Kopf. Histologisch typische Zylindrome.

2. **Pigmentation als Unfallfolge** durch Kohlenstaub auf Stirn, Jochbogen, Nasenrücken.

3. **Lues ulcerosa.**

4. **Primäraffekt am Kinn,** trotz regulären Verkehrs.

Digitized by Google

Herxheimer-Frankfurt macht darauf aufmerksam, daß die Spieglerschen und Fendtschen Tumoren klinisch und histologisch ganz verschieden sind.

Meyer-Bremen: **Tertiäre Lues,** die vorher bestrahlt ist, heilt auf antiluetische Behandlung genau so gut wie andere nichtbehandelte Fälle.

Herxheimer-Frankfurt macht auf die Häufung der extragenitalen Primäraffekte in letzter Zeit in der Frankfurter Klinik aufmerksam.

H. Müller-Mainz: In der Umgebung von Mainz ist noch kein besonderer Rückgang der Familieninfektionen mit Lues. Auch in wohlhabenden Bauernfamilien werden noch immer ähnliche Beobachtungen gemacht.

Lion-Mannheim: Ich sah in der letzten Zeit fünf extragenitale Primäraffekte, davon einer an der Mammilla, die anderen im Gesicht. Die Zahl der genitalen Primäraffekte war kleiner als die der extragenitalen.

Ritter-Hamburg: Die Frage, ob extragenitale Primäraffekte malignere Lues einleiten als genitale, habe ich in Hamburg an großem Material geprüft. Bezüglich der Liquorinfektion ist ein Unterschied nicht festzustellen.

Herxheimer-Frankfurt teilt mit, daß die Franzosen zuerst die Malignität der sog. Chancres céphaliques betonten. Er hat 3 Fälle von Primäraffekt des Zahnfleisches beobachtet, die alle Paralytiker wurden.

Müller demonstriert ein 13jähr. Mädchen mit einer schweren, gegen die bisherige Behandlung fast refraktären **Lues congenita.** Neben anderen Zeichen der Lues (Drüsenschwellungen, Hautnarbe, schweren Zungenveränderungen, Augenstörungen, Zahnstörungen) besteht am Hüftgelenk eine Epiphysenlysis der oberen Femurepiphyse. In der flachen Pfanne artikuliert der Stumpf des Schenkelhalses. Die knöcherne Epiphyse ist auch jetzt nach Jahren als halbmondförmiger Schatten hinter dem Darmbein erkennbar; sie ist trotz Abtrennung offenbar weitergewachsen. Weiter hatte das Mädchen im Alter von 7 Jahren am linken Fuß eine typische Köhlersche Erkrankung des Os naviculare, also Verschmälerung des Knochenschattens, Schwellung, Druckempfindlichkeit usw. Es ist auffallend gute Regeneration eingetreten, und die klinischen Erscheinungen sind geschwunden. Zur Zeit besteht ein Panaritium articulare lueticum am rechten Mittelfinger.

Herxheimer-Frankfurt erinnert an einen Fall von Köhlerscher Krankheit, der von Cahn-Brach beschrieben wurde und der dem vorgestellten Fall ähnelt.

H. Müller-Mainz: **Sporotrichose?** 52jähr. Mann. Beruflich (Apfelweinhersteller) viel in Berührung mit reinen Weinhefen. Bei Weinprobe zeigte Mittrinker Lippen besetzt mit mehreren gelb durchschimmernden geschwollenen Krankheitsherden. 2 Tage später in Oberlippe links strangförmiges Gebilde gefühlt mit unangenehm empfundener Spannung. Am oberen Ende des Stranges bemerkt Pat. dann einen empfindlichen Knoten von Erbsengröße. In der Mitte bricht er punktförmig auf und entleert etwas Eiter. 12 Tage nach dem ersten Spannungsgefühl stellt sich Pat. vor. An der linken Oberlippenseite bis ins Lippenrot reichend daumennagelgroße Ulzeration. Ränder derb, wallartig, kreisrund. Geschwürfläche krustig bedeckt. Die ganze linke Lippenhälfte von innen sehr derb anfühlbar, ohne strangförmige Gebilde. Keine besondere Schmerzhaftigkeit, keine Lymphdrüsenschwellung. Klinisches Bild entspricht einem frischen Primäraffekt bzw. einem Karzinom. Primäraffekt wurde ausgeschlossen durch Fehlen von Pallidae in zahlreichen Präparaten, Karzinom durch das akute Auftreten. Damit wurde zugleich die Diagnose auf Blastomykose und Sporotrichose gerichtet. In wenigen Tagen völliger Zerfall des Geschwüres unter tiefer Kraterbildung. Zähes, übelriechendes Sekret. Schlaffe, mattrötliche, langwuchernde Granulationen erfüllen das Geschwür. Entnahme von Sekret und Granulationsteilen zur Kultur auf Sabouraud. Schnelles Wachstum, zugleich Rattenimpfungen. In 4 Wochen geheilt durch große Dosen J. K. und Röntgen. Blutbild: Neutrophile 68%, Eosinophilie 7%, Mastzellen 1%, Lymphozyten 18%, Übergangsformen 6%. WR negativ. Biopsie ausgeschlossen durch die Lokalisation.

Ruete: Die Kulturen erinnern makroskopisch sehr an Sporotrichose. Das Ergebnis der Rattenimpfung bleibt abzuwarten.

Kohlenberger-Mainz: **Granulom der Oberlippe,** zentral zerfallend. Aus Granulationen und Sekret entstehen nach 5 Tagen Kulturen auf Sabouraud-Maltose Milieu-Depreuve, die entweder schwarz oder braun bestäubt erscheinen. Weiterimpfung auf Knoll-Pepton-Maltoseagar ergab grüne gefaltete Kulturen, die besonders unter Lichtwirkung vom Zentrum aus sich schwärzen. Daneben weiße, rundliche feuchte Kulturen und braune gefaltete Kolonien. Lufthyphenbildung teilweise vorhanden; mikroskopisch

Digitized by Google

ovoide, verschieden große Sprossen- und Fadenmyzelien. Septen nicht deutlich, Sporulation noch nicht beobachtet. Diagnose: Sporotrichose am wahrscheinlichsten. Rattenversuch noch negativ (10. Tag).

Kohlenberger-Mainz: **Erfahrungen mit durch Lezithinzusatz öllöslich gewordenem Jod-Chinin-Wismut** (Spirobismol solubile SS. 5). Es ist gelungen, den unter dem Namen Spirobismol bekannten deutschen Jod-Chinin-Wismutkörper in klare und beständige, bei jeder Temperatur dünnflüssige Öllösung überzuführen. Die Resorption, die an zahlreichen Meerschweinchen röntgenologisch und chemisch nachgeprüft wurde, zeigt, daß das Präparat rasch resorbiert wird, so daß nach einem Tag $^1/_6$ der verabfolgten Dosis aufgenommen ist. Später verlangsamt sich die Resorption. Die klinische Prüfung ergab gute Resultate, keine Nierenschädigung, keine Abortgefahr. Bei Primäraffekt seronegativ keine positive Schwankung. Gute Resultate bei Lues II und III. Kreislauforganschäden scheinen besonders gut beeinflußt zu werden. Bei Paralyse war Wismut im Liquor mit Sicherheit nachweisbar. Das Präparat macht bei intramuskulärer Injektion keine Schmerzen oder Infiltrate. Nebenwirkungen: vereinzelte Bi-Säume und eine leichte Stomatitis. Keine Epithelurie, kein Albumen. Wöchentlich zwei Injektionen zu 2,0, eventuell weniger. Bei Herzlues und Aortitis mit 0,1 beginnen.

Th. Bär-Frankfurt hat lange Zeit mit unlöslichem Spirobismol behandelt und kann die gute Verträglichkeit des Präparates bestätigen.

Herxheimer-Frankfurt bezweifelt den Vorteil der gelösten Wismutpräparate gegenüber den ungelösten.

Scharnke: Fälle von **Tabes** und **Paralyse**, einen Fall mit halbseitiger Zungenatrophie, einen mit luetischer Optikusatrophie. Alle Fälle, die aussichtslos waren, wurden günstig beeinflußt (sie blieben stationär oder besserten sich zum Teil sogar) durch Injektionen von lebenden Spirochäten.

Ruete bespricht an Hand einiger Pat. die bisher von ihm gewonnenen Erfahrungen mit der Grenzstrahlung oder den überweichen Röntgenstrahlen nach Bucky. Die Erythemdosis ist anscheinend schwierig festzulegen und individuell variabel. Das Erythem selbst geht bald in lange, bestehenbleibende Hyperpigmentation über; deshalb Vorsicht bei kosmetischen Bestrahlungen. Leukozytensturz wurde nicht immer beobachtet, bei Auszählungen nach den Bestrahlungen Übergangsformen. Beeinflußt wurden oberflächliche Follikulitiden, Neurodermie (bei der das Jucken nicht verschwand), Psoriasis, vielleicht Erythematodes. Bei intertriginösen Ekzemen und Pruritus ani kein sicherer Erfolg. Nach den bisherigen Erfahrungen muß den Röntgenstrahlen der Vorzug gegeben werden.

Keller-Freiburg: Die Veröffentlichungen von Bucky sind sehr vorsichtig aufzufassen. Grundsätzlich haben wir nichts anderes, auch heute nicht, von Buckystrahlen gesehen als von Röntgenstrahlen. Dafür sind aber die Bestrahlungszeiten mit Buckystrahlen ungeheuer viel länger als die Bestrahlungszeiten mit mittelweichen Röntgenstrahlen, also viel unökonomischer.

Meyer-Bremen mahnt zur Vorsicht bei der Anwendung der Röntgenstrahlen nach der Buckyschen Methode, da früher bei einer ähnlichen „Weichstrahlenmethode", welche von Frank Schultz inauguriert wurde, schwerste Spätschädigungen der Haut beobachtet worden sind.

Schubert: **Untersuchungen mit der Gewebeexplantationsmethode** zur Erforschung der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen. Er kann die von Krontowski erhobenen Resultate bestätigen und feststellen, daß Herzgewebe 2 Stunden nach der Bestrahlung in ovo explantiert die ersten Anzeichen der Wachstumshemmung, 3 Stunden und später danach explantiert keinerlei Wachstum mehr erkennen läßt. Desgleichen zeigten gesunde Herzstückchen, die in Extrakt von vor 3 Stunden erfrorenen Embryonen explantiert wurden, keinerlei Wachstumshemmung. In Extrakt von vor 3 Stunden in ovo bestrahlten ganz geringes Zurückbleiben im Wachstum. Bei Explantationen in Extrakt von vor 24 Stunden erfrorenen Embryonen starke Wachstumshemmung, in vor 24 Stunden tödlich bestrahlten keinerlei Wachstum. Spektroskopisch unterschieden sich bestrahlte und erfrorene Extrakte insofern von den Kontrollextrakten, daß erstere das typische Absorptionsspektrum des Oxyhämoglobins bieten, während Oxyhämoglobin in der Kontrolle nicht nachweisbar war. Untersuchung der Extrakte mit der elektrometrischen Methode auf H-Ionenkonzentrationsverschiebung ergab bei den Kontrollen eine p_H-Zahl von 7,90 bis 8,20. Auch blieb die p_H-Zahl unverändert, wenn die Extrakte in vitro bestrahlt wurden und 24 Stunden später gemessen wurde. Die Ionenkonzentration in erfrorenen Extrakten schwankte zwischen 6,35 bis 6,80, die in bestrahlten Extrakten zwischen 6,40 bis 6,60; gemessen wurde hier 24 Stunden nach der Bestrahlung in ovo

Digitized by Google

An Hand der Mikrophotographien weist Vortragender auf die Veränderung der Zellen an Kern und Protoplasma hin. Veränderungen, die in ähnlicher Weise sowohl nach Bestrahlung als auch nach Erfrierung beobachtet werden konnten.

Jung: Pat. mit **Fox-Fordycescher Erkrankung.** Während der Menstruation und der vorübergehenden Besserung einer langjährigen Obstipation tritt wesentliche Besserung des starken Juckens ein. Das spricht dafür, daß bei diesen Vorgängen irgend welche reizende Stoffe, die sonst über das apokrine Drüsensystem ausgeschieden werden, auf anderem Wege den Körper verlassen. Ruete-Marburg.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Russkij Westnik Dermatologii

April 1927, Bd. 5

Die Pilzarten der Trichophytie, Mikrosporie und des Favus in Tomsk (Sibirien), von Gluchowzow. Die in Tomsk während der letzten 4 Jahre beobachteten 77 Fälle von Favus, Trichophytie und Mikrosporie zeigen ähnliche Prozentverhältnisse wie die Statistiken von Pasini und Sabouraud. Es wurden folgende Pilzarten gezüchtet: Achorion Schönleini in 23,37%, Microsporon lanosum in 20,77%, Trichophyton violaceum in 36,36%, Tr. regulare in 6,5%, Tr. faviforme in 3,9%, Tr. glabrum in 2,6%, Tr. gypseum asteroides, Epidermophyton inguinale, Oidium-Monilia zu je 1,3% und Pilze der Familie Dematiacae in 2,6%. Die Mikrosporie neigt nicht zu Epidemien und kommt auf der glatten Haut in 50% vor.

Die Spermakultur als diagnostische Methode beim Tripper, von Brodski und Leiter. Die Spermakultur ergibt in solchen Fällen, in denen die allerverschiedensten Provokationsmethoden keine Gonokokken zutage gefördert hatten, bisweilen noch ein positives Resultat. Obgleich der Prozentsatz der auf diese Weise gefundenen Blennorrhoefälle ein niedriger ist, verdient diese Methode Beachtung.

Zur Anwendung des Thallium aceticum als Epilationsmittel im Kampfe gegen Haarpilzerkrankungen, von Landesmann und Mgebroff. Von 53 Fällen von Haarpilzerkrankungen behandelten die Verff. 41 nur mit dem Kahlbaumschen Thallium aceticum per os in der Dosis von 6—8 mg pro Kilo Körpergewicht, 12 Fälle außerdem noch mit $^1/_8$ ED Röntgenstrahlen. Nur in 26 Fällen konnte eine gute Epilation erzielt werden; in den übrigen fielen die Haare entweder gar nicht aus oder brachen ab, so daß das Resultat unbefriedigend war. 3 Fälle entzogen sich der Behandlung. In 14 Fällen kam es zu Rezidiven. Die Verff. halten demnach die Thalliumbehandlung für unsicher, der Röntgenepilation weit nachstehend. Außerdem wurden in 22 Fällen Intoxikationserscheinungen beobachtet.

Erwiderung auf die Bemerkung von W. Iwanow zu der Arbeit von Kleinmann: Klinische Beobachtungen über die Wirkung des Thalliumazetates bei Pilzkrankheiten, von Buschke. Buschke weist die Bedenken von Iwanow zurück, daß irgend welche Spätschädigungen durch die Thalliumbehandlung zu befürchten sind, und hält diese Art der Haarpilzbehandlung gerade für die Massenbehandlung geeignet, jedoch natürlich unter der Bedingung einer zuverlässigen und exakten Ausführung und bei Berücksichtigung etwaiger sonstiger Störungen im kindlichen Organismus. In der Schlußbemerkung von Iwanow hierzu wünscht derselbe den Buschkeschen Bestrebungen Erfolg, zweifelt indessen an demselben und hält es daher nötig, zu raten, sich noch nicht zu sehr von dieser Behandlung hinreißen zu lassen.

Ein Versuch der Zystitisbehandlung mit Arsenik, von Gorski. Bei 36 Fällen von Zystitis verschiedener Ätiologie erhielt Verf. gute Resultate durch intravenöse Neosalvarsaninjektionen zu 0,3—0,45 jeden 2. bis 3. Tag.

Zur Kasuistik der akuten, eitrigen Entzündung der Cowperschen Drüse, von Schwarzmann. Akute Cowperitis bei einem 61jähr. Manne 20 Jahre nach dem Tripper,

Digitized by Google

welcher Anlaß gegeben hatte zu einer Striktur, diese zu häufigen Bougierungen mit Zystitis und zuletzt mit Cowperitis als Folgezustand.

Zur Frage der Darierschen Krankheit, von J. Popoff. Die Dariersche Krankheit muß nach dem Verf. als eine universelle Dermatose angesehen werden, deren typische Erscheinungen auf Grund anatomischer und physiologischer Verhältnisse in ganz besonders exquisiter Weise an den Stellen auftreten, wo Seborrhoe und stärkere Schweißabsonderung stattfinden. Die Haut derartiger Kranken ist von Geburt an minderwertig. Störungen der inneren Organe, des Nerven-, besonders aber des endokrinen Drüsensystems können die Krankheit zum Ausbruch bringen. Es scheinen formes frustes vorzukommen.

Zur Frage der Bowenschen Krankheit, von J. Popoff. Bei einem 61jähr. Manne fand sich außer vielen makulo-papulösen Effloreszenzen im Gesicht, einer Warze auf der linken Ohrmuschel, ausgebreiteten Hyperkeratosen auf den Füßen und Unterschenkeln, eine geschwulstartige Wucherung auf der linken Wange, welche 3 Jahre bestehen soll. Letztere erwies sich als basozelluläres Epitheliom, die übrigen Veränderungen als Bowensche Krankheit.

Zur Behandlung der Hautkrankheiten mit Iontophorese, von M. Popowa. Verf. erzielte gute Resultate bei Sycosis vulg., Lupus erythematodes, hypertrophischen Narben und Trichophytie der Haut. Besserungen bei Alop. areata, juvenilen Warzen und Condylomata acuminata. Vergeblich war die Behandlung bei Rosazea, Acne vulg., Trichophytia capillitii und Lupus vulg. A. Jordan-Moskau.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Nr. 3, Sitzung vom 10. März

J. Gaté: **A propos du procès-verbal.** (Zum Protokoll.) S. 138. Zu dem in der Novembersitzung 1926 vorgestellten Falle von wiederholtem Gesichtsödem nach Salvarsan- und Wismutbehandlung, dessen Erklärung Milian in der vorigen Sitzung beanstandet hatte, gibt Vortragender zu, daß die Ausdehnung der Bezeichnung als Biotropismus unangebracht gewesen sei; doch kann auch die von Milian gegebene Erklärung durch die vasodilatatorische Wirkung der Salvarsanbehandlung nicht anerkannt werden, da das verwendete Chinin-Jod-Wismutpräparat in seinen verschiedenen Komponenten ganz verschieden wirkt. Im übrigen wird jetzt Behandlung mit Quecksilber gut vertragen, wofür nicht etwa die vasokonstriktorische Wirkung des Quecksilbers herangezogen werden soll.

Sézary, Pasteur Vallery-Radot und Benoist: **Mélanose de Riehl, boutons d'huile, hyperkératose folliculaire chez un ouvrier tourneur sur métaux** (Riehlsche Melanose, Ölpusteln, follikuläre Hyperkeratose bei einem Metalldreher). S. 139. Der Kranke ist seit 3 Jahren als Metalldreher beschäftigt und dabei der Einwirkung von Öl, das das von ihm bearbeitete Metall und seine Werkzeuge ständig benetzt, ferner auch der Einwirkung der Hitze ausgesetzt. Es finden sich bei ihm Papeln und Pusteln an den oberen Extremitäten und Acne cornea daselbst und am Abdomen, ferner ausgedehnte, der Riehlschen Melanose entsprechende Pigmentierungen, auch Pigmentflecke an der Mundschleimhaut. Die Akne und Pusteln rühren offenbar von der direkten Einwirkung des Öls her, das übrigens nicht wie gewöhnlich ein mineralisches, sondern Rüböl gewesen sein soll. Auch die Melanose scheint mit der Einwirkung des Öls zusammenzuhängen; doch dürfte es sich dabei nicht um eine direkte Einwirkung handeln, sondern um eine Ursache, die eine Neigung zu den Pigmentierungen an den dem Licht und wiederholten Reibungen ausgesetzten Stellen schafft; damit würde die Lokalisation der Veränderungen übereinstimmen. Über die Natur dieser inneren Ursache ließ sich nichts feststellen.

Hudelo, Rabut, Caillau und Mornet: **Mélanose chez un terrassier des chemins de fer, ayant manipulé des traverses injectées à la créosote** (Melanose bei einem Schachtmeister der Eisenbahn nach Arbeiten mit mit Kreosot getränkten Schwellen). S. 144. Im Gesicht, den Armen, der Vorderfläche des Rumpfes findet sich eine mehr oder weniger diffuse, teils lilafarbene, teils mehr dunkelbräunliche Färbung der atrophischen Haut; an den Armen ist die Atrophie wenig deutlich, es besteht vielmehr ein gewisser Grad von follikulärer Hyperkeratose. Guter Allgemeinzustand. Die Erkrankung ähnelt den unter den Namen poikilodermie réticulée pigmentaire oder Riehlsche Melanose beschriebenen Zuständen. Eine Ursache kann dafür nicht nachgewiesen werden, da Ernährungsstörungen nicht in Betracht kommen, eine photosensibilisierende Wirkung

Digitized by Google

des Kreosots, mit dem die Schwellen imprägniert waren, wenig Wahrscheinlichkeit hat, für irgend eine endokrine oder endokrin-sympathische Störung kein Anhaltspunkt besteht. Der histologische Befund ist der der Poikilodermie.

Hudelo, Rabut und Cailliau: **Hidradénomes éruptifs,** S. 149. Seit 12 Jahren allmählich an Ausdehnung zunehmende Eruption zahlreicher kleiner, nicht konfluierender, stecknadelkopf- bis halblinsengroßer Papeln von unregelmäßiger, bisweilen rundlicher oder ovalärer Form, normaler oder rötlich-gelblicher Farbe oder auch kupferfarben, derber Konsistenz, glatter, nichtschuppender Oberfläche, einige bei auffallendem Licht ein wenig zerknittert erscheinend. Sie finden sich an den Vorder- und den Seitenflächen des Rumpfes, besonders um die Brüste herum. Lichen und papulöses Syphilid ist auszuschließen. Histologisch findet sich auf der Epidermis eine dicke Hornschicht; die Kutis ist der Sitz einer totalen kolloiden Degeneration, das elastische Gewebe ist geschwunden. In der oberen Hälfte der Kutis epitheliale Neubildungen vom Aussehen zystischer Ektasien in Haufen von 18—20 Zysten, dazwischen kurze, derbe Epithelzapfen. Darier findet bezüglich der Diagnose das für eine kongenitale Affektion verhältnismäßig späte Auftreten im Alter von 18 Jahren und das ausschließliche Befallensein des Thorax bei Freibleiben der Augenlider bemerkenswert; diese beiden Lieblingslokalisationen der Krankheit scheinen sich gegenseitig auszuschließen.

G. Barbier: **Maladie de Paget à son début. Epithélioma canaliculaire sous-jacent** (Pagetsche Krankheit im Beginn. Darunterliegendes Epitheliom der Milchgänge). S. 150. Zur Aufklärung der Natur und Bedeutung der histologischen Veränderungen der Pagetschen Krankheit ist systematische Untersuchung der ganzen Brustdrüse im Beginne der Hauterscheinungen notwendig. Bei einer 52jähr. Frau fand sich in einer chronisch entzündeten Brustdrüse ein polymorphes Epitheliom der Milchgänge mit geringer epithelialer Metaplasie neben epidermalen Läsionen Pagetscher Krankheit, die nach Ausweis der Serienschnitte topographisch völlig unabhängig von dem ersteren waren. Es wird angenommen, daß die Pagetsche Krankheit durch eine Invasion der Krebszellen des darunterliegenden Epithelioms in die Epidermis zustande gekommen ist; es spricht dafür der histologische Befund des Epithelioms, der anscheinend jüngere Zustand der Hauterscheinungen, der Befund in Entwicklung begriffener chronischer Mammitis im übrigen Teile der Drüse, der als präkanzeröser Zustand aufgefaßt werden kann. Pautrier teilt die Auffassung, daß die Pagetsche Krankheit keine einfache präkanzeröse Dyskeratose ist, sondern ein wirkliches Epitheliom, dessen Ausgangspunkt aber die Brustdrüse bildet, während Darier zwischen Fällen unterscheidet, in denen ein Krebs der Brustdrüse fehlt (übrigens auch sichere Fälle Pagetscher Krankheit an anderen Körperstellen), ferner Fälle mit begleitendem sekundärem Krebs, teils dyskeratotischer, teils banaler Natur, schließlich solche, in denen die Hautaffektion dem Brustkrebs gleichaltrig oder selbst dessen Folge zu sein scheint. Alle diese Hautaffektionen sind durch von ihm dyskeratotische, bisher Pagetsche genannten Zellen charakterisiert; daß dies eingewanderte Zellen sind, ist durch nichts bewiesen. Milian hält an der Möglichkeit der Ausbreitung eines Hautkrebses nach der Tiefe der Drüse zu fest, wofür auch die Eigentümlichkeit der dyskeratotischen Zellen spricht. Von allen Seiten wird übereinstimmend in jedem Falle die Totalexstirpation der Brust für erforderlich gehalten.

G. Barbier, R. Gauthier und Cailliau: **Lymphogranulomatose maligne abdominopelvienne (Maladie de Hodgkin à forme abdominale)** (Maligne Lymphogranulomatose im Leib und Becken [Hodgkinsche Krankheit mit abdominaler Lokalisation]). S. 159. Seit 10 Monaten mit Schmerzen im Becken erkrankt, jetzt allgemeine pruriginöse Hautaffektion, harter, fast indolenter Tumor in der linken Leiste von Orangengröße, von bräunlicher, stellenweise adhärenter Haut bedeckt, umfangreicher, derber Tumor im Becken, der rapide wächst, sich auf den ganzen Leib verbreitet, Perineum, Vulva- und Analgegend infiltriert. Untersuchung der vergrößerten Leistendrüse ergibt Lymphogranulomatose in verschiedenen Stadien der Entwicklung. Diese Lokalisation mit primärem Befallen des Beckens ist sehr ungewöhnlich; auch der Blutbefund (Leukopenie mit normaler Leukozytenformel) entspricht nicht der gewöhnlich nachweisbaren mäßigen Hypoglobulie.

Milian und Lenormand: **Erythrodermie oedémato-vésiculeuse bismuthique, prolongée** (Langdauernde ödematös-vesikulöse Erythrodermie nach Wismutbehandlung). S. 162. Mehrfache Wismut-, Salvarsan-, Quecksilberbehandlungen, zuletzt Muthanol. Am Ende der letzteren Hautausschlag; an großen Teilen des Körpers lebhaft rote, schuppende und nässende Plaques, an anderen kleine rote, mit zahlreichen Bläschen

Digitized by Google

bedeckte runde Efflorenzen. Nach mehreren Wochen Besserung, jedoch ausgedehnter Rückfall mit Rötung und Nässen des ganzen Körpers von Kopf bis Fuß. Röntgenologisch im Gesäß beiderseits umfängliche dunkle Depots; im Urin Quecksilber und Spuren von Wismut.

Milian und Lenormand: **Erythème du 9 jour dû au véronal** (Erythem des 9. Tages infolge von Veronal). S. 164. Nachdem wegen Schlaflosigkeit infolge von Schmerzen 8 volle Tage lang abendlich 0,5 g Veronal gegeben worden war, trat ein skarlatiniformes Exanthem mit diffuser Rötung des Pharynx unter Temperaturanstieg auf; Schwinden der Erscheinungen bei Aussetzen des Veronals innerhalb 2 Tagen. Kutireaktion mit Veronal fällt negativ aus; erneute innerliche Darreichung ruft wieder Exanthem und Fieber hervor, dessen intermittierende Form die infektiöse, nichttoxische Natur der Affektion erweist. Es handelt sich bei diesen skarlatiniformen Erythemen wahrscheinlich um einen modifizierten Scharlach; dabei dürfte ein besonderer Streptokokkus im Spiele sein, was bei der ursprünglichen pseudo-phlegmonösen Erkrankung des Pat. wohl erklärlich ist.

Jeanselme und Burnier: **Un cas de tricophytie cutanée du dos du pied** (Ein Fall von Trichophytie am Fußrücken). S. 168. Es handelte sich nicht, wie man nach dem Aussehen und Sitz der Affektion denken konnte, um eine Epidermophytie, sondern, wie die Kultur ergab, um eine Trichophytie durch Tr. gypseum var. granulosum hervorgerufen. Eine Ursache für die seltene Lokalisation konnte nicht aufgefunden werden.

Jeanselme und Burnier: **Un cas de bromides végétantes** (Ein Fall von Bromoderma vegetans). S. 169. Bei einem viermonatigen Kinde papulo-krustöse Effloreszenzen mit eitrigem Saume, besonders an den Wangen, geringer auf dem behaarten Kopfe. An Vorderarmen und Schenkeln spärliche Blasen. Das Kind hatte einen Sirup eingenommen, in dem Bromnatrium nachgewiesen wurde; trotz Aussetzen desselben nahmen die Läsionen noch zu und zunächst isolierte Effloreszenzen konfluierten. Milian sieht auch in diesem Falle mit Rücksicht auf die zuletzt erwähnte Tatsache wieder einen Beweis für seine Anschauung, daß es sich in derartigen Fällen nicht um eine Intoxikation handelt, sondern um durch das Medikament ausgelöste infektiöse Phänomene: biotropische Follikulitis. Dementsprechend auch die Behandlung (Borsäurepulver, feuchte Umschläge mit verdünntem eau d'Alibert, unter Umständen sogar Jodtinktur).

P. Ravaut, J. Célice und J. Vibert: **Chancre mou géant de la paroi abdominale et de l'aine datant de 19 mois en voie de guérison par le Dmelcos. Insuccès du même traitement sur la chancrelle de réinoculation** (Weicher Riesenschanker der Bauchwand und der Leiste, seit 19 Monaten bestehend, in Heilung nach Behandlung mit Dmelcos. Versagen der gleichen Behandlung bei einem autoinokulierten Schanker). S. 170. Die allmählich immer weiter um sich greifende und immer mehr zerfallende Affektion hatte sich an eine kleine Ulzeration am Glied angeschlossen. Die verschiedenartigsten Behandlungen hatten völlig versagt, auch Versuch mit Sulfarsenol, obwohl keinerlei Zeichen von Syphilis und WR ständig negativ. Streptobazillen sind nicht nachweisbar, nur Staphylokokken. Für Ulcus molle spricht positive Kutireaktion mit Dmelcos (Vakzine) und positive Autoinokulation. Die darauf eingeleitete Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Dmelcos neben örtlichen Umschlägen mit Dakinscher Lösung ruft sehr starke Reaktionen hervor, bewirkt jedoch eine regelmäßig fortschreitende Überhäutung, während der Impfschanker dadurch nicht beeinflußt wird. Dieses Versagen der Vakzine bei jüngeren Schankern ist schon öfter beobachtet worden; vielleicht spielt die Verbindung mit anderen Mikroben eine Rolle. Gougerot hat dagegen gute Wirkung der Nicolleschen Vakzine auf einen weichen Schanker und den autoinokulierten, phagedänisch werdenden Impfschanker gesehen.

A. Galliot: **Mort par néphrite hémorrhagique au cours d'un traitement bismuthé** (Tod an hämorrhagischer Nephritis im Verlaufe einer Wismutbehandlung). S. 174. 35jähr. Mann mit seit 10 Jahren bestehender Syphilis, mehrere Wismutkuren gut vertragen, letzte vor über einem Jahre; jetzt nach der fünften Einspritzung von Wismutkarbonat plötzlich auftretende Hämaturie, keine Stomatitis, kein Fieber, Exitus nach 8 Tagen. Wahrscheinlich war die Einspritzung, die im Gegensatz zu den vorhergehenden schmerzhaft gewesen war und eine umfangreiche Ekchymose hinterlassen hatte, in ein größeres Gefäß eingedrungen und hatte eine Nierenaffektion bewirkt. Auch könnte eine auf einer 6 Wochen zuvor voraufgegangenen Grippe beruhende, nicht erkannte Nephritis vorgelegen haben. Der Fall fordert zu genauer Harnuntersuchung während der Behandlung auf. Milian glaubt, daß es sich um eine biotropische Infektion gehandelt hat.

A. Sézary und M. Leblanc: **La thiémie dans certaines dermatoses et dans la syphilis secondaire** (Die Thiämie bei verschiedenen Dermatosen und der sekundären Syphilis). S. 176. Die Untersuchung des Schwefelstoffwechsels kann durch Feststellung

Digitized by Google

der Funktion gewisser Organe, besonders der Leber und Nebennieren, Aufschlüsse über die Pathogenese einer Dermatose geben, und da die Haut einer der Ausscheidungswege des Schwefels ist, kann man auch annehmen, daß Veränderungen des Stoffwechsels sich in ihr bemerkbar machen und Dermatosen hervorrufen. Die Hyperthiämie hat infolge ihrer Häufigkeit im allgemeinen keine so große diagnostische Bedeutung; wichtiger ist das Verhältnis des oxydierten Schwefels zum Gesamtschwefel (normal oxydierter Schwefel 80%, neutraler 20%). Bei verschiedenen Dermatosen (Ekzeme, Pruritus mit Lichenifikation, Lichen planus, Urtikaria, Alopecia areata, Psoriasis, Xanthom, Pityriasis rubra, Leukoplakie, Riehlsche Melanose) wurden, wenn auch nicht regelmäßig, unter der Norm liegende Werte gefunden, die die Aufmerksamkeit auf mangelnde Funktion gewisser Organe lenken können. Bei einer akuten Erythrodermie stieg bei drei Proben mit zunehmender Besserung der Prozentgehalt von 53% über 68% zur Norm. Eine Einwirkung des veränderten Blutschwefelgehaltes auf die Haut und Hervorrufung von Erscheinungen daselbst scheint nicht stattzufinden. Bei der sekundären Syphilis fanden sich dieselben Verhältnisse (Befunde zwischen 48% und 80%). Die Veränderungen zeigen keine Übereinstimmung mit denen der Azotämie und der Glykämie.

Cl. Simon und J. Bralez: **Séro-réactions négatives chez un malade atteint de syphilides papuleuses avec présence de tréponèmes** (Negative Serumbefunde bei einem Kranken mit papulösem Syphilid und positivem Spirochätenbefund). S. 180. Bei seit 4 Jahren bestehender Syphilis Syphilid von sekundärem Charakter mit Spirochäten; in diesem Stadium ist negative Serumreaktion nicht so selten wie bei den früher veröffentlichen Fällen erstmaliger Eruptionen.

Montpellier und Colonieu: **Naevus zoniforme à comédons. Etude histologique** (Zosteriformer Naevus acneiformis. Histologische Untersuchung). S. 183. Bei einer 30jähr. Frau verläuft ein $1^1/_2$ cm breiter bandartiger Streifen rechterseits neben den Proc. spinos. der letzten Halswirbel beginnend zum Akromion, von da an der Hinterfläche des Oberarmes abwärts, in dessen Mitte es sich nach vorn wendet, um etwas unterhalb der Ellenbeuge nicht mehr als fortlaufendes Band, sondern in Form einzelner Inseln zu enden. Der Streifen besteht aus Komedonen, zwischen denen die Haut hyperpigmentiert ist, von wurmstichigem Aussehen. Histologisch bietet sich im ganzen das charakteristische Bild eines noch wenig entwickelten Pigmentnaevus; stellenweise finden sich einige sehr feine Epidermiskugeln innerhalb von Epithelzapfen, das sind mikroskopische Milien. Es finden sich Spuren von Lanugohaaren. In der Kutis und Subkutis nur Mangel an Drüsen sowie ein gewisser Grad von Sklerose und Rarefizierung des elastischen Gewebes.

L. Danel: **Urticaire pigmentaire „in adulto"** (Urticaria pigmentosa bei einem Erwachsenen). S. 183. Die klinisch und histologisch als Urticaria pigmentosa anzusprechenden Erscheinungen bestehen bei dem jetzt 51jähr. Kranken seit 10 Jahren. Ernährungsstörungen oder Störungen der Leber- oder Nierenfunktion waren nicht nachweisbar. Bezüglich der Zurechnung der Urticaria pigmentosa zu den Pseudoleukämien ist eine leichte Leukozythämie ohne myeloide Reaktion zu verzeichnen.

Lenormand: **Paraplégie syphilitique survenue 7 mois après le chancre au cours du traitement** (Syphilitische Paraplegie, 7 Monate nach dem Schanker während der Behandlung aufgetreten). S. 187. Seropositiver Primäraffekt, mit kurzer Unterbrechung mit zwei Serien Salvarsan und einer Serie grauen Öles behandelt, negativ geworden und geblieben. 8 Tage nach der letzten Salvarsaneinspritzung unter Erbrechen, Kopfschmerzen Harnverhaltung, Unfähigkeit zu stehen. Schlaffe Lähmung der unteren Extremitäten, Incontinentia alvi. Reflexe abgeschwächt, leichte Sensibilitätsstörungen. An den oberen Extremitäten nichts Besonderes. Pupillen reagieren auf Licht. Liquor ohne Veränderungen. Energische Behandlung mit Zyan-Quecksilber täglich 0,015 und Neosalvarsan wöchentlich 0,5 bringt schnelle Besserung. In der Aussprache wird die Notwendigkeit einer stärkeren Behandlung im Beginne der Syphilis betont.

Milian und J. Delarue: **Angiome ulcéreux de la face** (Ulzeriertes Angiom im Gesicht). S. 189. Ein bei einem neunmonatigen Kinde seit der Geburt bestehendes tuberöses Angiom beginnt vor einem Monat ohne erkennbare Ursache geschwürig zu zerfallen; die Ulzeration geht immer weiter in die Tiefe, es treten Temperatursteigerungen auf. Die mikroskopische Untersuchung ergibt nur entzündliche Veränderungen, keine maligne Entartung. Röntgenbestrahlungen bringen Besserung. Eine Infektion ist mit Wahrscheinlichkeit auszuschließen; es dürfte sich um einen spontanen Heilungsprozeß in Form von Mortifikation gehandelt haben. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

The British Journal of Dermatology and Syphilis

April 1927, Bd. 39, Nr. 4

Pityriasis Rosea of the Scalp — an Almost Invariable Localization of the Disease in Children (Pityriasis rosea des behaarten Kopfes — eine beinahe regelmäßige Lokalisation dieser Krankheit bei Kindern), von H. Haxthausen-Kopenhagen. S. 141. Im Gegensatz zu der allgemein vorherrschenden Ansicht, daß Pityriasis rosea des behaarten Kopfes eine Seltenheit sei, fand H. bei genauer Durchsicht seiner Fälle, daß dies vielmehr eine regelmäßige Erscheinung bei Kindern sei — von 72 Fällen des vergangenen Jahres betrafen 12 Kinder unter 15 Jahren und davon 11 mit Eruption am Kopfe, während sich eine solche bei keinem der Erwachsenen fand. Wahrscheinlich beruht die bisherige Ansicht darauf, daß im allgemeinen die Pityriasis rosea des behaarten Kopfes mit ihren wenig oder gar nicht geröteten, spärlich vorhandenen abschuppenden Herden leicht übersehen wird; immerhin kann es auch in seltenen Fällen zu einer außerordentlich weit verbreiteten und ausgesprochenen Eruption des Kopfes kommen, wie H. an einem hier illustrierten Falle zeigt.

The Calcium Content of the Blood-Serum in Skin-Diseases (Der Kalziumgehalt des Blutserums bei Hautkrankheiten), von G. H. Percival und C. P. Stewart-Edinburg. S. 144. Verff. machten bei verschiedenen Fällen von chronischem Erythem der Beine, Beingeschwür, Psoriasis, Acne pustulosa, Lupus erythematosus, Bazinscher Krankheit Versuche mit Kalkmedikation. Der Gehalt an Kalksalzen im Blute sowohl wie im Blutserum wurde zwar damit erhöht, aber irgend ein günstiger — ebensowenig wie ungünstiger — Einfluß auf den Verlauf des Hautleidens nicht beobachtet. Verff. kommen daher zu dem Schlusse, daß veränderter Kalkstoffwechsel keine ätiologische Bedeutung bei den genannten Hautkrankheiten habe.

Unusual Case of Radio-Dermatitis and Neuritis (Ungewöhnlicher Fall von Radiodermatitis und Neuritis), von W. J. O'Donovan. S. 148. Die 28jähr. Pat. berichtete, daß sie vor 6 Wochen bei dreien ihrer Kinder, die mit X-Strahlen behandelt wurden, während der Dauer der Bestrahlung den Kopf gehalten habe. 10 Tage später haben Daumen und Finger beider Hände Blasen gezeigt, die sich recht hartnäckig erwiesen und nur mit Zinksalbe subjektive Erleichterung hatten. Späterhin stellten sich Schwächegefühl an beiden Händen, tiefgehende Zerstörung der Haut und lähmungsartiger Zustand aller (inneren) Muskeln der rechten Hand mit Klauenstellung der Finger ein. Degenerationsreaktion nicht vorhanden. Die geschwürigen Hautstellen waren nach etwa 5 Wochen verheilt, die lokalisierte, wahrscheinlich durch die X-Strahleneinwirkung entstandene Neuritis nach $2^1/_2$ Monaten verschwunden. (Mit 2 sehr anschaulichen Abbildungen.) M. Stern-München.

The Urologic and Cutaneous Review

April 1927, Bd. 31, Nr. 4

The Diagnosis and Treatment of Gonococcal Infection in the Female (Die Diagnose und Behandlung der Tripperinfektion bei der Frau), von D. Watson-Glasgow. S. 203. Die Fälle, in denen allein auf Grund des klinischen Befundes die Tripperinfektion diagnostiziert werden kann, kommen dem Arzte sehr selten zu Gesicht. Bei großer Erfahrung kann aus dem Fehlen aller klinischen Zeichen die Heilung eines Trippers geschlossen werden. Im allgemeinen ist bakteriologische Untersuchung erforderlich, zu der die Präparate aber in geeigneter Weise abgenommen werden müssen; Kulturen sind nur selten nötig. Für die Behandlung wird am meisten Trypaflavin empfohlen (1 : 1000 zu Einspritzungen in die Harnröhre, 1 : 200 für Sonden); vor die Zervix kommen Zubereitungen einer Paste mit Bacillus Bulgaricus. Trypaflavin wird auch mit geeigneten Spritzen in die Bartholinschen Drüsen und Skeneschen Gänge eingespritzt. Bei Zystitis Blasenspülungen mit Trypaflavin 1 : 4000. Zur Behandlung der Zervix Wattepfropf mit Trypaflavin 1 : 500, für Endometritis Tampons von Glyzerin mit 1%iger Milchsäure, bei Salpingitis Ruhe, dann heiße Duschen von Milchsäure 1 : 5000—1 : 2000, Tampons von Glyzerin mit 5—10%igem Ichthyol und 1%iger Milchsäure.

Calcification of the Kidney (Verkalkung der Niere), von W. S. Pugh-New York. S. 208. Punktförmige Verkalkungen in der Niere scheinen nicht selten zu sein im Gegensatz zu ausgebreiteten, die besonders bei Tuberkulose oder Metallvergiftungen, vor-

Digitized by Google

nehmlich Quecksilber, vorkommen. Zwei Fälle aus der Literatur und ein eigener Fall, in dem intravenöse Einspritzungen von Merkurochrom vorausgegangen waren.

Relation of the Ureter to Abdominal Pain (Beziehung des Ureters zu Unterleibsbeschwerden), von W. R. Bethea-Memphis, Tenn. S. 210. Bei allen unklaren Unterleibsbeschwerden muß der ganze Harntrakt einer genauen, auch röntgenologischen Untersuchung unterzogen werden.

Cystitis in the Female (Zystitis bei Frauen), von E. D. Rothmann-Detroit, Mich. S. 213. Bis zu einem gewissen Grade sind bei allen Frauen einzelne Eiterzellen im Harn zu finden. Die sehr häufigen Zystitiden infolge von Zystozele gehen auf die gewöhnliche abwartende Behandlung größtenteils nicht zurück; vielmehr müssen die häufig auf Geburten oder sonstigem schädlichem Druck beruhenden Lageveränderungen der Gebärmutter beseitigt und durch Dammplastik eine normale Lage gewährleistet werden. In vorgeschrittenen Fällen ist Fixierung der Blase selbst erforderlich.

Gonorrhea and its Complications in the Female (Tripper und seine Komplikationen bei Frauen), von Th. M. Dorsey-Louisville, Ky. S. 216. Es können bei der mikroskopischen Untersuchung Fehler insofern vorkommen, daß, wenn nur die Grammethode angewendet wird, die Keime grampositiv erscheinen; es beruht das jedoch unter Umständen darauf, daß nur die die Keime umgebende Kapsel sich färbt, während es sich tatsächlich um gramnegative Keime, also Gonokokken handelt.

On Leukoderma and Melanoderma in Different Skin Diseases (Über Leukoderma und Melanoderma bei verschiedenen Hauterkrankungen), von J. Almkvist-Stockholm. S. 223. Das Leucoderma syphiliticum geht unmittelbar aus makulösen Effloreszenzen hervor, an deren Lokalisation es gebunden ist. Als seine Ursachen sind von den in den Effloreszenzen befindlichen Spirochäten gebildete Toxine zu betrachten, denen seine Intensität proportional ist; daher stark ausgeprägtes Leukoderm nach einer nicht durch antisyphilitische Behandlung beeinflußten Roseola. Demgegenüber tritt das Melanoderma syphiliticum nach Papeln auf als Folge des Plasmoms; dem Grade dieser Infiltration ist die auf die Papel folgende Hyperpigmentierung proportional. Die depigmentierende und die hyperpigmentierende Macht können so bei einem Exanthem gegeneinander wirken und sich bis zu einem gewissen Grade aufheben. Die Tatsache, daß Schleimpapeln zu Leukoderma führen können, beruht darauf, daß bei ihnen nur eine geringe Zellinfiltration der Kutis neben epithelialer Proliferation und Ödem vorhanden ist. Derselbe Vorgang der Depigmentierung und Hyperpigmentierung vollzieht sich auch auf den entsprechenden Grundlagen beruhend auch bei anderen Dermatosen (Psoriasis, Parapsoriasis, Lichen chronicus simplex, Lichen ruber planus, Ekzem, Pityriasis rosea, Mikrosporie). Bei schuppenden Hautkrankheiten entstehen bei der Heilung oft zikatrizielle Leukodermien infolge von Störungen der Pigmentbildung in dem neugebildeten Epithel; die umgebende hyperpigmentierte Zone beruht auf der Struktur des Gewebes (Plasmazellen, Lymphozyten, proliferierende Bindegewebszellen). Diese Erscheinungen finden sich besonders nach mit Ulzeration verbundenen Affektionen, wie tertiären Syphiliden, Zoster, Furunkel, Akne.

Syphiliphobia, von A. Jordan-Moskau. S. 234. Die Syphiliphobie hat seit den Jahren der intensiven Aufklärung über die Krankheit und der häufig wiederholten diagnostischen Untersuchungen des Blutes und der Spinalflüssigkeit zugenommen; sie kommt bei Syphilitikern und Nichtsyphilitikern vor, bei beiden in leichter und schwerer Form, im allgemeinen bei Syphilitikern als schwerer Zustand. Im ganzen handelt es sich dabei um Teilerscheinung einer Neurasthenie, analog anderen Phobien. Für die Behandlung bei Nichtsyphilitikern genügt gewöhnlich milde psychische Beeinflussung, bei Syphilitikern sind weitergehende spezielle Behandlungen erforderlich.

Some Modern Notions Concerning Hereditary Syphilis (Einige neuere Erkenntnisse, die kongenitale Syphilis betreffend), von M. Carle-Lyon. S. 237. Das Collessche Gesetz ist nicht, wie früher angenommen, durch eine der Mutter von dem Kinde her erteilte Immunität zu erklären, sondern durch eine bei der Mutter durch von dem Vater des Kindes erworbene tatsächliche, aber bisher unerkannt gebliebene Syphilis. Die Mutter eines kongenital-syphilitischen Kindes ist, auch bei Fehlen aller sonstigen Zeichen, als syphilitisch zu betrachten und muß unbedingt behandelt werden. Der Begriff der konzeptionellen Syphilis ist aufzugeben, da die Syphilis des Kindes allein von der Syphilis der Mutter abhängig ist. Spirochäten sind niemals in Spermatozoen, nur im Sperma gefunden worden, und gerade diese Tatsache kann die Möglichkeit der klinisch nicht nachweisbaren uterinen und intrauterinen Schanker erklären. Das Profetasche Gesetz, daß ein von einer syphilitischen Mutter geborenes gesundes Kind von ihr nicht durch Säugen oder ander-

Digitized by Google

weitig angesteckt wird, enthält häufige Irrtümer darin, daß die angeborene Syphilis des Kindes oft schwer nachgewiesen werden kann, daß man sich jedenfalls nicht auf Untersuchungen in den ersten Tagen oder selbst Monaten beschränken darf. Eine systematische Behandlung aller dieser Kinder ist zu empfehlen.

Concerning the Question of Eczema (Zur Ekzemfrage), von Fr. Krzystalowicz-Warschau. S. 241. Kurzer Überblick über den Wandel der Anschauungen über den Begriff des Ekzems. Äußere und innere Reize; Ekzembereitschaft. Dermatitis und Ekzem.

Epidermolysis Bullosa Non-Hereditaria Non-Congenita (Nichthereditäre, nichtkongenitale Epidermolysis bullosa), von J. F. Smith-Glasgow. S. 243. Beschreibung eines klinisch völlig der Epidermolysis entsprechenden Falles, in dem jedoch keine hereditäre Belastung bestand und das Auftreten erst im Alter von 15 Jahren erfolgte. Die histologische Untersuchung zeigte, daß die Annahme eines kongenitalen Defektes der Haut (Mangel des elastischen Gewebes) nicht vorlag; die Haut war vielmehr ganz normal. Eine Abweichung konnte höchstens, mit Rücksicht auf das Vorkommen von Blut in den Blasen, in den Blutgefäßen oder Kapillaren vermutet werden. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Les syphilis viscérales tardives (Syphilisspäterkrankungen der Eingeweide), von H. Grenet, R. Levent und L. Pelissier. (Verlag Masson & Cie, Paris 1927.) Es wird eine ausführliche Übersicht über die syphilitischen Erkrankungen des Herzens, der Gefäße, des Mediastinum, der Drüsen, Lungen, des Blutes, des Magen-Darmkanals, der Leber, Milz, Niere und Pankreas gegeben. Die Zusammenhänge des Diabetes, Myxödems und anderer endokriner Störungen mit der Syphilis werden eingehend erörtert. Besonders beachtenswert ist die Beschreibung ausgeprägter Krankheitsbilder, wie sie z. B. bei Syphilis der Bauchaorta als Schmerzanfälle ähnlich den gastrischen Krisen bei Tabes beobachtet sind. Therapeutische Weisungen für die einzelnen Krankheitsgebiete geben eine wertvolle Ergänzung des sehr ausführlichen Buches. F. Rosenthal-Berlin.

Funktionsprüfung innerer Organe, von H. Bernhardt, K. Graessner, L. R. Grote, G. Lepehne, E. Magnus, O. Platz, V. van der Reis, M. Rosenberg und A. Weber. (Verlag J. Springer, Berlin 1927, 2. Aufl., Preis RM. 6,60.) Außer der Funktionsprüfung der endokrinen Organe ist diejenige der Leber von besonderem Interesse. Die Blutretentionsprobe mit Phenoltetrachlorphthalein nach S. M. Rosenthal kann für die Beurteilung von Salvarsanschäden von Bedeutung sein. Außerdem wird auch darauf hingewiesen, daß positiver Ausfall der Urobilinogenprobe im Morgenurin stets pathologisch sei. Die Prüfung des Blutzuckeranstieges ist bei Leberlues von Bedeutung. Bei akuter Pankreatitis ist von Groeneweldt und Turner ein neues Hautsymptom beschrieben worden: eine blaßblau-grüne Verfärbung um Nabel und Lenden.
F. Rosenthal-Berlin.

Syphilis, Paludisme, Amibiase (Syphilis, Malaria, Amöbenruhr), von P. Ravaut. (Verlag Masson & Cie, Paris 1927.) In dritter Auflage, von Widal eingeleitet, erscheinen die therapeutischen Grundsätze Ravauts. Der gemeinsame protozoische Ursprung der drei bedeutsamen Krankheiten, der für die Spirochäte wohl doch nicht so ohne weiteres anerkannt werden kann, führt den Verf. dazu, die therapeutischen Techniken und Erfahrungen bis in die neueste Zeit hinein übersichtlich zusammenzufassen. Man darf nicht vergessen, daß das Werk vor allem zur Orientierung für den Praktiker bestimmt ist; theoretische Erörterungen und näheres Eingehen auf die in letzter Zeit so viel erörterten Streitpunkte gerade der Syphilistherapie werden vermieden. Am Schluß jedes Kapitels findet sich ein therapeutisches Schema des von Ravaut erprobten und anerkannten Heilplanes. Bei der Syphilis ist er ein überzeugter Anhänger kombinierter Quecksilber- bzw. Bismut-Arsenbehandlung. Salvarsan verabfolgt er in sehr hohen Einzeldosen. Schematische Darstellungen der Syphilistherapie von autoritativer Seite zum Gebrauch für den Praktiker sind nicht ungefährlich, weil sie über bestehende Unsicherheiten allzuleicht hinwegtäuschen. Der kritische Facharzt wird hingegen dieses Buch gern und mit großem Nutzen lesen. M. Gumpert-Berlin.

Prädiabetische Zustände, von G. Maranon-Madrid. (Abhandlg. aus d. Grenzgeb. d. inn. Sekretion, H. 5. Verlag R. Novak & Co., Leipzig 1927.) Die frühzeitige Entdeckung der diabetischen Disposition kann vor Ausbruch der Krankheit durch Einleitung

Digitized by Google

einer diesbezüglichen prophylaktischen Therapie die Krankheit verhüten oder doch abschwächen. Es werden hier vom praktischen Gesichtspunkt alle einschlägigen Symptome und diagnostischen Methoden erörtert. Für den Dermatologen kommen besonders das Jucken und die Furunkulose in Betracht. Ist doch auch von Dermatologen für diese Affektionen schon des öfteren leichte antidiabetische Diät empfohlen worden. Die kurze Abhandlung orientiert in sehr zweckentsprechender Weise über alle einschlägigen Fragen und muß den Dermatologen interessieren, der nach dem jetzigen Stand unseres Faches nicht nur Dermatologe, sondern auch ein guter interner Arzt sein muß.

A. Buschke-Berlin.

Gynäkologie und innere Sekretion, von B. Aschner-Wien. (Abhandlg. aus d. Grenzgeb. d. inn. Sekretion, H. 4. Verlag R. Novak & Co., Leipzig 1927.) In dieser Abhandlung wird das große und wichtige Gebiet sowohl in theoretischer Hinsicht wie ganz besonders in bezug auf die Praxis abgehandelt. Ich brauche auf die engen Beziehungen zwischen Hautorgan und Geschlechtsorganen hier nicht besonders hinzuweisen. Sie werden eingehend erörtert. Was die Arbeit aber besonders vom Standpunkt des Praktikers lesenswert macht, das ist die therapeutische Seite. Hier bringt ein besonders erfahrener Verf. die Hinweise, daß bei den vielfachen Erkrankungen in diesem Gebiet nicht nur die spezifisch-endokrine Behandlung, sondern allgemein-therapeutische Maßnahmen, mit richtiger Indikation angewandt, wie Aderlaß, hydriatische Prozeduren, Beeinflussung des Stoffwechsels und andere, noch oft wunderbare Heileffekte hervorrufen können, oft auch, wenn die endokrine versagt oder nicht ausreicht. Gerade deshalb wird auch der Dermatologe aus dem Studium des Buches reichen Nutzen ziehen.

A. Buschke-Berlin.

Les cancers du sein (Über Brustdrüsenkrebse), von P. Delbet und Mendaro. (Verlag Masson & Cie, Paris 1927.) Verff. haben in ihrer Monographie nur eigene Beobachtungen niedergelegt. Sie setzten sich zum Ziel zu eruieren, wieso z. B. Pat. mit einem klinisch gut operablen Karzinom mitunter nach wenigen Tagen ad exitum kommen kann, während eine andere mit einem Brustdrüsenkrebs, der klinisch gerade noch an der Grenze der Operabilität stand, oft noch viele Jahre leben konnte. So stellten Verff. fest, daß die Zellart des Tumors eine wichtige Rolle spielt. Sie fanden, daß die großzelligen, besonders die Epitheliome, die Riesenzellen beherbergen, äußerst bösartige Epitheliome sind, ebenso die gefäßreichen Formen, bei denen der Krebs in die Arterien und Kapillaren einwuchert, sowie die Epitheliome aus „nichtzusammenhängenden" Zellen. Als sogenannte benigne Karzinome kommen die Muzin sezernierenden Epitheliome sowie die aus sogenannten „blassen" Zellen (Krompecher) bestehenden und die Brustdrüsenkarzinome, die typisches Pflasterepithel zeigen, in Betracht. Ferner gibt es noch eine Reihe von Karzinomen, deren Prognose noch unsicher ist. Was die Therapie anbelangt, so lehnen wenigstens zur Zeit noch die Verff. die Röntgentherapie völlig ab, ebenso die Radiumtherapie, von der sie auch noch nichts Gutes gesehen haben. Was die Injektionskuren anbelangt, so haben Verff. alle derartigen Mittel, auch das Selen, ausprobiert und mitunter sogar sehr unliebsame Vergiftungen, aber niemals Besserungen oder Heilungen gesehen. So sind Verff. nur für die Operation, und zwar für die frühzeitige Radikaloperation.

A. Rosenburg-Mannheim.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat

c. *Hoden, Samenbläschen, Prostata*

Zur Biologie des Spermas, von H. Offergeld-Köln. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 1, S. 120.) Sperma in künstlichem Magensaft (Pepsin-Salzsäuregemisch) verliert seine Beweglichkeit nach 5 Stunden; nach weiteren 5 Stunden Zerstörung der Kauda. Völliges Schwinden erst nach 7tägiger Einwirkung. Trypsinsodalösung zerstört die Beweglichkeit nach 10 Stunden, Auflösung nach 4 Tagen. Pepsinsalzsäuremischung zerstört Sperma erst nach 4 Tagen. Bei Ausschaltung von Bakterien findet eine Zerstörung bedeutend schneller statt, so findet man bei der Magen-Pankreaswirkung bei steriler Einwirkung schon nach 4 Stunden keine Bewegung der Zellen mehr, völlige Auflösung bereits nach 20 Stunden. — Die Untersuchungen bestätigen von neuem die

Digitized by Google

nahe Verwandtschaft der Karzinomzellen mit denen der Spermazellen. Alle Körperzellen sind gegen das pankreatische Ferment viel widerstandsfähiger als gegen Pepsin; umgekehrt bei den Zellen des Karzinoms; von Pepsin wird nur die Kauda der Spermazelle angegriffen; unter Vollwirkung des pankreatischen Saftes kommt nach kurzer Zeit die gesamte Zelle zur Auflösung; also weitgehende Übereinstimmung beider Zellarten. Die Versuche haben keinen praktischen Wert, weil bis zur völligen Auflösung der Spermazellen die Eigenbewegung erhalten bleibt und somit längst Befruchtung stattgefunden haben kann. M. Cohn-Dresden.

Über den Einfluß der Vasektomie — Resektion des Ductus deferens — auf die Hypertrophie der Prostata, von A. Henrichsen, Chir. Abt. Städt. Krkhs. Höchst a. M. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 201, H. 3/4, S. 278—282.) Die Prostatektomie soll nur vorgenommen werden, wenn die Blaseninfektion und die Funktionsstörung der Niere durch entlastende Vorbehandlung beseitigt werden kann. In anderen Fällen blieb bisher nur Katheterbehandlung oder Anlegung einer dauernden suprapubischen Blasenfistel übrig. Doch läßt sich den Kranken durch die Vasektomie wirksam helfen, nach der Rückgang der Beschwerden und Hebung des Allgemeinbefindens eintritt. Doch soll dadurch nicht etwa die Prostatektomie als entbehrlich bezeichnet werden.
E. Levin-Berlin.

Note sur le lavage des vésicules séminales. Résultat dans un cas d'épididymite à bascule (Über die Auswaschung der Samenblasen. Erfolg in einem Falle von rezidivierender Epididymitis), von Ch. Lahayville. (Progr. méd., 1927, Nr. 13, S. 463—465.) Das Vas deferens wird auf seinem Verlaufe im Skrotum freigelegt und mit feiner Nadel punktiert, dann Kollargol 5% (oder auch Argyrol 10%, Protargol 0,5%, Argent. nitr. 2%) in einer Menge von 7—10 ccm eingespritzt. Lokalanästhesie genügt. Das Verfahren kommt in Frage bei hartnäckiger Vesikulitis, Azoospermie infolge von Obliteration des Ausführungsweges, Tripper-Rheumatismus, rezidivierender Epididymitis.
E. Levin-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Über die interne Therapie der Krankheiten der ableitenden Harnorgane mit Hexal und Neohexal, von Jähnke-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 12, S. 441—442.) Hexal hat eine stärkere sedative, Neohexal eine größere antiseptische Kraft. Letzteres zeigte sich bisweilen noch nach Versagen von Hexal wirksam bei innerlicher Darreichung mit gleichzeitigen Spülungen 1 : 500 bis 1 : 100. E. Levin-Berlin.

Über die diagnostische Bedeutung der Hämaturie, von D. Egyedi-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1926, Nr. 48.) [Ungarisch]. Zusammenfassender Bericht, welcher für den Fachmann nichts Neues bringt. K. v. Berde-Szeged.

e. Weibliches Genitale

Zur Ätiologie und Therapie der Kraurosis, von A. Hochenbichler-Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 8, S. 252.) Auf Grund eigener Fälle und nach der Literatur kommt Verf. zu dem Resultat, daß die Ursache für die Kraurosis vulvae primär in einer Hypofunktion der Ovarien oder überhaupt des innersekretorischen Systems zu suchen sei. Hierdurch wird auf die Biologie der Scheide und auf den Chemismus ihrer Sekrete ein ungünstiger Einfluß ausgeübt. Auf dem Boden dieser ovariogenen Schädigung kommt es zu der irreparablen Veränderung der Kraurosis. Eine Besserung konnte Verf. durch die Darreichung von Ovarialsubstanz erzielen, indem wenigstens der Juckreiz bei den Pat. verschwand. E. Langer-Berlin.

Les éléphantiasis de la vulve (Die verschiedenen Arten der Elephantiasis der Vulva), von Hudelo und Rabut. (Paris méd., 1927, Nr. 9, S. 129.) Verff. geben eine übersichtliche Besprechung unserer heutigen Kenntnisse auf diesem Gebiete, wobei sie von den vier ätiologischen Momenten der Filariosis, der Strepto-Staphylokokkeninfektion, dem venerischen und dem tuberkulösen Prozesse ausgehen. Es wird betont, daß die Filariaparasiten auch in großer Zahl im Blute anwesend sein können, ohne daß Elephantiasis entsteht. Den Strepto- und Staphylokokken schreiben Verff. eine Hauptrolle zu. Die venerischen Prozesse können als Eingangspforten dienen, oder auch sie können als alleinige Ursache auftreten, so bei der Lues im tertiären Stadium. Von der durch Tuberkulose entstandenen Elephantiasis vulvae ohne gleichzeitige Ulzeration sind bisher nur 8 Fälle bekannt geworden. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über weibliches Sexualhormon, im besonderen das Menformon, von E. Laqueur, Pharm.-Ther. Univ.-Inst. Amsterdam. (Kl. W., 1927, Nr. 9, S. 390.) Als relativ reines

Digitized by Google

Sexualhormon, insbesondere als Menformon, darf nur ein Stoff bezeichnet werden, der wasserlöslich ist und 10 Einheiten pro Milligramm enthält. Es werden in der Arbeit die Eigenschaften des Menformon eingehend gewürdigt, woraus kurz hervorgehoben seien: 1. physikalisch-chemische Eigenschaften. Am wichtigsten die oben erwähnte Wasserlöslichkeit, weiterhin starke Adsorbierbarkeit, die aber vielleicht mehr den begleitenden Ballaststoffen zukommt. Die Thermostabilität ist groß, ebenso und noch mehr die Widerstandsfähigkeit gegen Säuren und Alkalien, desgleichen gegen die verschiedenen Fermente. Es besteht sehr ausgesprochene Empfindlichkeit gegen Oxydation. 2. Biologische Eigenschaften. Im Vordergrunde steht die typische Brunstveränderung als wichtigste Wirkung. Das Menformon kann nicht nur bei kastrierten, sondern auch bei senilen Tieren jedes Brunststadium hervorbringen, desgleichen bei jugendlichen Tieren. Außerdem beeinflußt das Hormon das Wachstum der weiblichen Geschlechtsorgane an und für sich und besonders in der Schwangerschaft. Auf männliche Tiere dagegen wirkt es ausgesprochen antimaskulin. Sowohl makro- wie mikroskopisch konnte der Hemmungsnachweis an den Hoden von Tieren erbracht werden. Ebenso wirkt es auf die Brustdrüse männlicher Tiere antimaskulin, indem diese zu starkem Wachstum angeregt wird. Den Stoffwechsel der Tiere beeinflußt das Hormon, indem er bei kastrierten weiblichen Tieren nach Menformonbehandlung gesteigert ist. Die übrigen Organsysteme werden nicht beeinflußt, woraus sich auch die im übrigen ebenfalls nachgewiesene geringe Giftigkeit ergibt. Die Frage des Vorkommens und Entstehens des Hormons ist bei Tier und Mensch nicht ganz eindeutig entscheidbar. Am besten ist es aus Follikelsaft herzustellen, ebenso aus Plazenta, dagegen nicht aus Ovarien ohne Follikel. Hormonwirkung wurde ferner gefunden im Corpus luteum und im Fruchtwasser, ferner auch merkwürdigerweise in den Testes. Verf. glaubt, daß die direkten Abkömmlinge der Keimleiste, das sind Ei, Granulosazellen, ebenso die Spermazellen zur Produktion fähig sind. E. Langer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Bäuerliche Liebe, von Grassl-Kempten (Allgäu). (Zschr. f. Sexualw., 1907, Bd. 13, H. 12, S. 369—380.) Als Bauer wird hier der frei auf seinem Hofe sitzende Grundbesitzer verstanden. Er ist in jeder Beziehung Realpolitiker, Kraft- und Muskelmensch; darauf baut sich auch sein Geschlechtsleben auf. Dem Kinde sind bei den Tieren beobachtete Geschlechtsvorgänge natürliche Dinge, die sie auf ihre Spiele übertragen. Infolge frühzeitiger ermüdender Arbeit und Fernbleiben fördernder Außenumstände ist Kinderonanie äußerst selten; die gesamte Geschlechtsentwicklung ist eine spätere als in der Stadt. Deshalb ist auch uneheliche Befruchtung bei Bauernmädchen in der ersten Jugend selten, andererseits finden Entbindungen noch in relativ hohem Alter statt. Das bäuerliche Geschlechtswissen bleibt während des ganzen Lebens im Gegensatz zu dem psychischen des Städters ein sinnlichsomatisches; die Menge der psychischen Reize liegt ihm ferner. Nach der jugendlichen Liebe, die meist nicht zur Ehe führt, folgt die Vorehe, die rein geschlechtlich eingestellt ist; für die Gattenwahl maßgebend ist das wirtschaftliche Zusammenpassen und die Aussicht, eine tüchtige, auch fruchtbare Bäuerin zu erhalten. Die Säuglingssterblichkeit ist gegen früher wesentlich zurückgegangen, und zwar in Übereinstimmung mit dem Übergang zur Milchwirtschaft. Die Zahl der unehelichen Kinder ist größer als in den Städten; Abtreibung fängt jetzt an, Fortschritte zu machen. Die Geschlechtskrankheiten sind wieder im Rückgang begriffen. Im ganzen sind die bäuerlichen Geschlechtssitten aus den beruflichen Lebensbedingungen hervorgewachsen als Ergebnis jahrhundertelanger Erfahrung und Anpassung.
E. Levin-Berlin.

Skatologisches in Altgriechenland, von H. Licht. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 13, H. 12, S. 380—383.) Die altgriechische Skatologie fand nicht nur wie die heutige in der Pornographie ihren Niederschlag, sondern in der Kunst und Literatur, besonders in der komischen und satirischen Dichtung. Doch auch ernst gemeinte Stellen finden sich über Entleerung von Urin und Fäzes. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Ziele und Aufgaben der Kommission zur Bekämpfung der angeborenen Syphilis, von M. Raitz. (Moskowski Medicinski Journal, 1927, Nr. 4.) Die Kommission zur Bekämpfung der Erbsyphilis in Moskau setzt sich zum Ziel: 1. die Erforschung der Verbreitung der angeborenen Syphilis in Moskau; 2. die Einführung prophylaktischer

Digitized by Google

Maßnahmen; 3. die Erforschung des klinischen Bildes der kongenitalen Syphilis und 4. die Behandlung der Kinder mit Erbsyphilis wie der schwangeren syphilitischen Frauen.
A. Jordan-Moskau.

Venerische Krankheiten in Moskau, von S. Weißenberg-Sinowjewsk. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 13, H. 12, S. 384.) In einer Statistik der 4 Moskauer venerologischen Dispensäre vom 1. Oktober 1925 bis 1. Oktober 1926 fällt die große Rolle der abgetan gedachten Prostitution als Ansteckungsquelle sowie der noch größere Prozentsatz der Ansteckung in der Ehe und die außerordentlich hohe Zahl der primär erkrankten Verheirateten auf. Es besteht eine große Sittenlosigkeit. Die Prostitution blüht trotz der angewandten Maßnahmen ganz wie früher; es wurden auch 717 geheime Bordelle zur Kenntnis gebracht. E. Levin-Berlin.

Die venerischen Krankheiten auf dem Lande und ihre Bekämpfung, von J. Fraenkel. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1927, Nr. 2.) Die Untersuchung der Bewohner des Tschudnowschen Bezirks im Berditschewschen Kreise ergab 5 Syphilitiker auf 1000 Einwohner. Dank den Aufklärungsbestrebungen hat die Zahl der frischen Infektionen in letzter Zeit weiter abgenommen und diejenige der Fälle mit spätsyphilitischen Erscheinungen zugenommen. A. Jordan-Moskau.

Verschiedenes

La dermatologie en 1926 (Die Dermatologie im Jahre 1926), von G. Milian und L. Brodier. (Paris méd., 1927, Nr. 3, S. 53—59.) Überblick über Literatur des Jahres 1926 in bezug auf Stoffwechseluntersuchungen bei Hautkrankheiten, Arzneiausschläge, Adipositas cyanotica der unteren Extremitäten, spezifische Umschläge bei Hautkrankheiten.
E. Levin-Berlin.

Anatomie und Physiologie der Haut

Über die Bedeutung der Epidermis für die unmerkliche Hautwasserabgabe, von O. Moog, M. Kl. Marburg a. L. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 54, H. 1/2, S. 226.) Mit Hilfe der von Jürgens angegebenen Schweißdrüsenmikroskopie konnte festgestellt werden, daß die Perspiratio insensibilis neben der unaufhörlichen Schweißsekretion besteht und daß der Organismus aktiv Wasser ausstößt. Die Perspiratio insensibilis ist von der Abdunstung abhängig, welche durch den Nachschub oder durch die Retention von Wasser im Körper reguliert wird. Bei der Wasserelimination durch die Oberhaut spielen sowohl die Epidermiszellen wie auch die Gefäßendothelien eine Rolle. Wenn die lebenstätige Epidermiszelle fehlt, so tritt eine Verminderung der Wasserdampfabgabe ein. 10—14 Stunden nach dem Tode tritt ein Ansteigen der Hautwasserabgabe ein, wahrscheinlich infolge des durch die Verwesungsvorgänge hervorgerufenen Freiwerdens von Wasser; über Hautnarben ist eine Verminderung der Hautwasserabgabe zu finden. Die Schweißsekretion kann den Herzstillstand gelegentlich um mehrere Stunden überdauern. Bei Abschaltung der Knäueldrüsentätigkeit durch Atropin wird die Wasserabsonderung eingeschränkt, aber nicht vollständig sistiert; bei Formalin, welches die Ausführungsgänge der Schweißdrüsen zur Verödung bringt, ist der Austritt von Wasser durch die Gangspirale verhindert, doch wächst die Hautwasserabgabe infolge der Reizung durch Formalin. Äther steigert die Hautwasserabgabe, Alkohol in geringerem Maße, Chloroform schränkt sie ein; die Mehrproduktion von Wasserdampf bei der Ätherapplikation ist nicht die Folge der durch die Lösung des Hornfettes vermehrten Durchlässigkeit des Stratum corneum oder die Folge der durch die Gefäßerweiterung vermehrten Abdunstung, sondern durch die Mehrleistung der durch den Äther gereizten Epidermiszellen hervorgerufen. Ferd. Winkler-Wien.

Lassen sich die Papillarmuster der Fingerbeere für Vaterschaftsfragen praktisch verwerten?, von K. Bonnevie-Oslo, Norwegen. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 9, S. 539.) Verf. warnt vor einer verfrühten praktischen Anwendung ihrer Untersuchungsergebnisse. Die Verwertung der Papillarmuster zur Klärung von Vaterschaftsfragen wird nur in ganz seltenen Fällen, bei selten auftretenden Mustertypen oder Musterkombinationen in Frage kommen können. Theoretisch wäre das möglich, wenn beide Eltern extreme, d. h. sehr hohe oder sehr niedrige Papillarmusterwerte tragen, wodurch dann der Variationsbreite der Nachkommen sehr enge Grenzen gesetzt wären. Ein solcher Fall ist aber der Verf. praktisch noch nicht vorgekommen.
F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Das Problem der Erblichkeit bei den eineiigen Zwillingen, von H. W. Siemens, Univ.-Hautkl. München. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 2, S. 323.) Nach Siemens ist die Erbgleichheit als Regel anzunehmen, und die Erbverschiedenheit kommt im Gegensatz zu der Anschauung Levens nur als Ausnahme in Betracht. Levens Beweisführung, die sich auf die Verschiedenheit der Papillarmuster bei Einei-Zwillingen stützt, sei nicht zwingend, weil die Tastfiguren nicht streng erblich wären. Auch die Argumentation von Mathes sei unannehmbar; die Behauptung von Mathes, daß die Spaltung der Zygote praktisch so gut wie niemals völlig symmetrisch ausfallen werde, stehe mit dem Mendelismus in Widerspruch. Newman hat bei eineiigen Gürteltieren Erbverschiedenheit für erwiesen angesehen, weil man ohne diese Annahme das familiäre Auftreten des von ihm untersuchten Merkmals bzw. die von ihm wegen desselben angenommene obligate Homozygotie nicht erklären könne. Diese Auffassung Newmans würde bedeuten, daß aus Homozygoten bei Kreuzung mit nicht Behafteten immer wieder Homozyote entständen, eine Annahme, die einen besonderen mit den bisherigen Vererbungsanschauungen nicht zu vereinbarenden Teilungsmechanismus voraussetzte. Auch daraus, daß nach dem genannten Autor die Verschiedenheiten erblicher Merkmale bei den Vierlingen seiner Gürteltiere ein anderes Problem sei als die Verschiedenheit der Körperhälften, entstehen angesichts des Umstandes, daß vollständige Doppelbildungen gewöhnlich der rechten und linken Körperhälfte eines Individuums entsprechen, weitere Schwierigkeiten für die Auffassung Newmans. Die nach dem jetzigen Stande unseres Wissens anzunehmende Erbgleichheit der Eineier kann durch ungleiche Teilung oder durch nachträgliche Idiokinese Ausnahmen erleiden. Aber das Fehlen eines Merkmales beweist nicht die Erbverschiedenheit, sondern es kann auch durch „Manifestationsstörungen" bedingt sein. Siemens weist darauf hin, daß sich die Frage der Erbverschiedenheit durch die Beobachtung der Nachkommenschaft diskordanter Zwillinge erforschen läßt und hofft, daß wir auf diesem Wege in Zukunft zu einer Lösung des Problems kommen werden. Jedenfalls aber sei schon jetzt zu sagen, daß man Erbverschiedenheit nicht als häufig annehmen dürfe und daß das diskordante Auftreten von Krankheiten bei Einei-Zwillingen vorwiegend durch paratypische Manifestationsschwankungen bedingt sei. (Nach den eigenen Worten von Siemens — Arch. f. Derm., Bd. 147 — ist die geringere Ähnlichkeit nicht homologer Zwillinge im Verhältnis zu der Ähnlichkeit der homologen angesichts der ungefähr gleichen Umwelteinflüsse geradezu ein Indizium der Erblichkeit. Dies trifft gerade auf die Tastfiguren zu, die bei Einei-Zwillingen in weit höherem Grade übereinstimmen als bei Zweiei-Zwillingen. Zudem hat H. Grüneberg in einer demnächst erscheinenden Arbeit zum mindesten sehr wahrscheinlich gemacht, wenn nicht sichergestellt, daß die Mustertypen — Wirbel, Schleifen und Bogen — verschiedene Genotypen darstellen. Ref.) L. Leven-Elberfeld.

Eineiigkeitsdiagnose der Zwillinge, von P. J. Waardenburg-Arnheim. (Kl. W., 1927, Nr. 13, S. 603.) Verf. widerspricht der Ansicht Levens, daß die Verschiedenheit der Papillarmuster bei Einei-Zwillingen „auf Verschiedenheit der Erbanlage und nicht auf Manifestationsschwankungen" beruhe. Er glaubt, daß Leven die regelmäßige Erbverschiedenheit der Einei-Zwillinge nicht bewiesen habe und mit keinen stichhaltigen Gründen sie habe auch nur wahrscheinlich machen können. E. Langer-Berlin.

Allgemeine Physiologie

Die Bedeutung der physiologischen Schwankungen der peripheren Leukozytenzahlen. 2. Ihre Beziehungen zur Mageninnervation, von E. F. Müller-Hamburg-Eppendorf und W. F. Petersen, Chicago. (Kl. W., 1927, Nr. 18, S. 840.) In Erweiterung schon früher mitgeteilter Untersuchungen konnten die Verff. erneut bestätigen, daß zwischen dem Splanchnikusgebiet und der Peripherie durch die Vermittlung des vegetativen Nervensystems eine enge Verkopplung sich findet. Es besteht normaliter ein splanchno-peripheres Gleichgewicht, dessen Veränderung durch die Reaktion eines der beiden Gebiete ausgeglichen wird durch eine sofort einsetzende, entgegengesetzt angeordnete Reaktion des anderen Gebietes. Die Zahlen der bei peripherer Feststellung gefundenen Leukozytenwerte sind ein genaues Bild für die peripheren Innervierungsvorgänge und ein umgekehrt zu verwertendes für das Splanchnikusgebiet. Und zwar häufen sich die polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten im Gebiet aktiv „parasympathischen" Übergewichts an und verlassen das mit „sympathischem" Übergewicht. Wie früher schon ein Parallelismus zum Verhalten der Leber gezeigt werden konnte, ließ sich jetzt nachweisen, daß bei physiologischen und pathologischen Veränderungen

Digitized by Google

der Mageninnervation sich in dem peripheren System typische Leukozytenkurven beobachten lassen. E. Langer-Berlin.

Die Kapillarnerven und ihre reflektorische Tätigkeit, von A. Krogh-Kopenhagen. (Kl. W., 1927, Nr. 16, S. 722.) Bleibende Fortschritte auf dem Gebiete der Erforschung der Kapillarinnervierung können nur durch das Zusammenarbeiten der Anatomen, Histologen, Physiologen und Kliniker erzielt werden. Von anatomischen Tatsachen hebt Verf. hervor, daß man an den Kapillaren kontraktile Elemente, die sog. Rouget-Zellen, annehmen muß. Für viele Kapillargebiete muß man jedoch auch eine sympathische Innervation annehmen, und zwar konstriktorischer Art, dagegen gibt es wahrscheinlich hierzu keine Antagonisten, da bisher nicht erwiesen ist, daß die Kapillaren auch eine parasympathische Innervation besitzen. Dagegen ist erwiesen, daß die Kapillaren auch mit Hinterwurzeln in Verbindung stehen, deren Reizung eine Kapillarerweiterung zur Folge hat. Wir haben es bei den Kapillaren wie bei den Arterien zumeist mit einer tonischen Innervation zu tun. Nach Durchschneidung der sympathischen Bahnen der Hinterbeine des Frosches wird im Gegensatz zu den Arterien der Kapillartonus nur unvollkommen wiederhergestellt. Auch beim normalen Menschen finden sich Tonusschwankungen infolge Innervationsveränderungen. Bekannt sind besonders auch psychisch bedingte Tonusschwankungen. Auch reflektorisch können die Kapillaren wie die Arterien beeinflußt werden. Vielfach kommt die Auslösung auf dem Wege von lokalen und verbreiteten Axonreflexen zustande. Auch chemische Reizungen können auf dem Wege der Axonreflexe Reaktionen auslösen. Am Menschen finden sich Axonreflexe sowohl in Hinterwurzelfasern wie auch im sympathischen System. Es können diese Axonreflexe sich sowohl über ganz kurze wie aber auch über lange Strecken beim Menschen ausdehnen. Im sympathischen System ist fernerhin der Nachweis von sog. präganglionären Axonreflexen erbracht worden. E. Langer-Berlin.

Der Stoffaustausch durch die Kapillarwände. Die Ödemtheorie, von A. Krogh-Kopenhagen. (Kl. W., 1927, Nr. 17, S. 769.) Die Menge der Kapillaren und damit die Kapillaroberfläche ist in den verschiedenen Organen verschieden, so im Bindegewebe recht klein, in parenchymatösen Organen ausgedehnter, die Muskulatur nimmt eine Mittelstellung ein. Die Kapillaren öffnen sich intermittierend, nur bei Anstrengungen offnet sich das Kapillarnetz maximal. Bei dem Stoffaustausch leisten nach Ansicht des Verf. die Kapillarwände keine eigene Arbeit, sondern wirken nur als passive Membranen, wenn auch mit gesetzmäßig wechselnder Permeabilität. Die Respirationsgase, wie Sauerstoff und Kohlensäure, können überall hin diffundieren; das gleiche gilt von manchen Stoffen, wie z. B. Harnstoff, der wie die Gase durch alle Zellen hindurchdiffundieren kann. Infolge der Permeabilität der Kapillarwände gelangen alle gewünschten Stoffe an die Oberfläche der Zellen, die den betreffenden Stoff benötigen. Für den Transport nichtdiffundierender Stoffe wird der Austausch über die Gewebsflüssigkeit angenommen. In allen Geweben können die Kapillaren für Kolloide durchlässig werden. Wo keine Diffusion eiweißhaltiger Flüssigkeiten stattfinden kann, gelangt diese langsam durch die Lymphbahnen ins Blut. Die normale Undurchlässigkeit der Kapillarwand für Eiweiß ist für den Wasseraustausch des Blutes von ausschlaggebender Bedeutung. Wichtig ist bei der Berücksichtigung der Permeabilität die Berucksichtigung des osmotischen Druckes. Aber auch der Venendruck z. B. in tiefer gelegenen Körperteilen beeinflußt die Permeabilität. Besonders wichtig werden diese verschiedenen beeinflussenden Momente unter pathologischen Verhältnissen.

E. Langer-Berlin.

Über Gesetzmäßigkeiten des Mineralstoffwechsels, von C. und M. Oehme und H. Wassermeyer, Med. Univ.-Kl. Bonn. (D. Arch. f. kl. Med., 1927, Bd. 154, H. 2/4, S. 107.) Verff. stellen sich die Frage, wie die Kalk- und Phosphorbilanz von der Gegenwart anderer Ionen in der Diät beeinflußt wird. Sie ernährten drei Versuchspersonen erstens mit einer sehr eiweiß-, kalk- und phosphorreichen Kost, die vorwiegend aus Milch und Milchprodukten bestand, zweitens mit einer hauptsächlich aus Kartoffeln bestehenden Kost, deren Ca- und P-Gehalt nahe dem Minimum lag. Dazu wurden nacheinander Zulagen von 200 mg Äquivalent NaCl, KCl, $NaHCO_3$ und $KHCO_3$ gegeben. Bei der Milchdiät erhöhten NaCl und $KHCO_3$ die Kalk- und Phosphorretention, $NaHCO_3$ und KCl setzten sie herab. Umgekehrt bei der Kartoffeldiät verminderten NaCl und $KHCO_3$ die Retention oder machten sie negativ, während KCl und $NaHCO_3$ sie erhöhten. Anreicherung mit Ca und P ging jedesmal zusammen mit einer Verschiebung des Säure-Basengleichgewichts nach der alkalischen Seite; Ca- und P-Verlust war begleitet von einer Verschiebung nach der sauren Seite. Diese „Regulation" des Mineralhaushalts

Digitized by Google

geschieht großenteils durch den Darm; d. h. die Salze werden zu einem nicht unbedeutenden Teil im Kot ausgeschieden. Auch Na^+ und K^+ sowie Cl^- und CO^-_3 scheinen gegenseitig ihre Retention bzw. Exkretion in gesetzmäßiger Weise zu beeinflussen. Im ganzen waren, der komplizierten Versuchsanordnung entsprechend, die Ergebnisse großen individuellen Schwankungen unterworfen und schwer unter gemeinsame Regeln zu bringen.
R. Liebeschütz-Plaut-Hamburg.

Die Mineralstoffe des menschlichen Blutes. 1. Mitteilung. Der Gehalt des normalen Blutserums an Kationen und Anionen, von W. H. Jansen und A. M. Loew, II. med. Univ.-Kl. München. (D. Arch. f. kl. Med., 1927, Bd. 154, H. 2/4, S. 195.) Exakte Bestimmung der anorganischen Stoffe im Blutserum an einer großen Zahl von gesunden Versuchspersonen beiderlei Geschlechts und aller Altersklassen von 10 Jahren aufwärts. Bestimmungsmethoden: Na, K, Ca nach Kramer-Tisdall; Mg: Fällg. als Magnesiumammoniumphosphat, Befreiung der PO_4 mit Salzsäure und Bestimmung derselben nach Pregl; Cl nach Volhard; P nach Pregl; S nach Hamburger; CO_3 nach Barcroft. Die P- und S-Werte stammen größtenteils aus dem Serumeiweiß. Ergebnis: Für alle Ionen sind die Werte beim Gesunden sehr konstant (Isoionie).

	Maximum und Minimum mg-%	Mittelwert mg-%
Na	320—340	330
K	18,4—21,3	20,1
Ca	9,6—10,6	10,2
Mg	2,1—2,6	2,34
P	11,6—14,3	13,0
S	127,4—159,3	141,5
HCO_3 bei 40 mm Hg (arterielle Spannung)		60 Vol-%
Gesamtbasengehalt		155,6 ccm 0,1-n-Lauge.

Der Gesamtsäuregehalt kann nicht angegeben werden, weil ein Teil der Anionen fest im Eiweiß gebunden ist. R. Liebeschütz-Plaut-Hamburg.

Untersuchungen über die Milchsäuregärung überlebenden Gewebes, insbesondere von Plazenta und Karzinom, von A. Loeser, Univ.-Frauen- und III. Med.-Univ.-Kl. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 13, S. 587.) Auf Grund ausgedehnter experimenteller und auch klinischer Versuche kommt Verf. zu dem Resultat, daß zwar beim normalen menschlichen Gewebe eine aerobe Milchsäuregärung kaum oder gar nicht vorhanden ist. Dagegen erfolgt eine starke Milchsäuregärung durch das Karzinom und auch durch die Plazenta, insbesondere in frühen Stadien. Auch das Keimepithel scheint in seinem Spaltungsstoffwechsel dem Tumorgewebe nahezustehen. In klinischen Fällen konnte Verf. zeigen, daß der Milchsäuregehalt des Nabelschnurblutes um 50% höher ist als in der Armvene. Ebenso wurde im Kaninchenversuch der Milchsäuregehalt in den abführenden Uterinvenen um 5 bzw. 7 mg-% höher gefunden als in der Vena cava bzw. Aorta. Bei Schwangeren konnte eine Erhöhung des Milchsäurewertes stets nachgewiesen werden, besonders aber dann in den ersten Schwangerschaftsmonaten, wenn eine Schwangerschaftstoxikose gleichzeitig vorhanden war. E. Langer-Berlin.

Die Konstitution in ihrer endokrinen Bedingtheit, von A. Biedl-Prag. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 9, S. 273.) Fortbildungsvortrag.

Mikroskopische Technik

Sur le caillot artificiel de collagène; signification, morphologie générale et technique (Über die künstliche Gerinnung des Kollagens. Bedeutung, Morphologie und Technik). von J. Nageotte. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, H. 3, S. 172.) Der physikalisch-chemische Mechanismus der Gerinnung ist für Kollagen und Fibrin gleich. Experimentell gelingt auch eine Kollagengerinnung. Frische Sehne vom Rattenschwanz wird in Essigsäure (1 : 25000) gelegt, nach 2—3 Tagen entsteht ein Kollagengerinnsel. Es besteht aus einzelnen Fibrillen, die sich nicht verzweigen und nicht anasomosieren. Der Durchmesser der Fibrillen beträgt etwa 3—5 μ. Sie haben die gleichen färberischen Eigenschaften wie Kollagen. A. Holländer-Bielefeld.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Neue Untersuchungen über die Umwandlung der Spirochaeta pseudo-icterogenes (Wasserspirochäte) in die Spirochaeta icterogenes (Erreger der Weilschen

Digitized by Google

Krankheit), von P. Uhlenhuth und E. Hermann. (M. Kl., 1927, Nr. 16, S. 599—601.) Die Spirochaeta icterogenes ist bei Ratten sehr verbreitet, wird von ihnen mit dem Urin ausgeschieden und kann dadurch zum Ausgangspunkt von Epidemien werden. Wasserepidemien sind jedoch auch ohne Auftreten von Ratten beobachtet worden, andererseits finden sich im Wasser Spirochäten (ebenso wie vom Bukkalis-, Rekurrens-, Pallidatyp), die charakterischen Weiltyp zeigen, und als Spirochaeta pseudo-icterogenes bezeichnet werden. Kulturen von diesen nach Rattenpassage erzeugten typisches Bild Weilscher Krankheit; aber auch durch fortgesetzte Meerschweinchenpassagen gelang es, einen sicheren Wasserweilstamm in einen echten, für Meerschweinchen pathogenen Weilstamm umzuwandeln. Diese Umwandlung wurde auch durch das Verhalten im Schutzversuch bewiesen. Es kann in Analogie zu diesen Laboratoriumsversuchen angenommen werden, daß auch in der Natur ein solches Virulentwerden der Wasserweilspirochäte auch ohne Vermittlung des Rattenorganismus unter besonderen örtlichen und klimatischen Einflüssen vorkommen kann. Die Weilspirochäte, die freilebend als von Haus aus virulente Spirochaeta icterogenes existieren kann, hat sich auf dem Wege der Variabilität aus einer Wasserweilspirochäte entwickelt. E. Levin-Berlin.

Transmission immédiate de l'anaphylaxie passive homogène par injection veineuse ou péritonéale d'une substance extraite du sang de chiens sensibilisés au sérum de cheval. Réalisation, avec cette même substance de l'anaphylaxie in vitro (Unmittelbare Übertragung homogener passiver Anaphylaxie durch intravenöse oder peritoneale Einspritzung einer aus dem Blut von mit Pferdeserum sensibilisierten Hunden extrahierten Substanz. Erzeugung von Anaphylaxie in vitro mit dieser selben Substanz), von F. Maignon. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 941—944.) Die durch einmalige intravenöse Einspritzung von 20 ccm oder in Pausen von einer Woche wiederholte subkutane Einspritzungen von 10 ccm Pferdeserum sensibilisierten Hunde wurden entblutet, das Blut mit dem vierfachen Volumen 95%igen Alkohol unter ständigem Schütteln aufgenommen; nach 24 Stunden wird das Koagulum auf einem Filter gesammelt, bei 40° getrocknet, pulverisiert, während 18 Stunden nochmals mit 95%igem Alkohol aufgenommen, um die Koagulation der Proteine zu vollenden, wiederum getrocknet. Das erhaltene Pulver wird 5 Stunden mit dem fünffachen Volumen Chloroformwasser mazeriert, filtriert, das Filtrat, eine klare, gelbe, leicht opaleszierende Flüssigkeit wird mit dem fünffachen Volumen 95%igen Alkohols präzipitiert, das Präzipitat in Äther gewaschen, getrocknet, pulverisiert. Das Pulver ist nur teilweise in Wasser löslich, der Rückstand beträgt ungefähr 30%; es besteht aus den Proteinen, die den beiden ersten Koagulationen mit Alkohol entgangen sind. Nach Zerreiben des Pulvers in physiologischer Kochsalzlösung und Filtrieren ergibt sich eine leicht opaleszierende Flüssigkeit; wird anstatt zu filtrieren 40 Minuten lang zentrifugiert, so erhält man eine klare Flüssigkeit ohne Opaleszenz, die jedoch fast unwirksam ist. Mit der wirksamen opaleszierenden Flüssigkeit kann man junge Hunde durch Einspritzen von 10 ccm in die Jugularis gegen Pferdeserum sensibilisieren: unmittelbar oder einige oder 24 Stunden danach erfolgende intravenöse Einspritzung von 5 ccm Pferdeserum erzeugt nach 3 bis 5 Minuten starke anaphylaktische Krise, die im allgemeinen 10—15 Minuten andauert, um dann plötzlich in den Normalzustand überzugehen. Wird die sensibilisierende Lösung intraperitoneal eingebracht, so tritt die anaphylaktische Krise erst nach einiger Zeit auf, nach 1 Stunde ganz leicht, nach 24 Stunden ausgesprochen; doch tritt in diesem Falle der Normalzustand erst nach 4 Stunden wieder ein. Fügt man zu 10 ccm sensibilisierender Lösung 5—10 ccm Antigen, so erhält man eine Mischung, die, in die Jugularis von jungen Hunden eingespritzt unmittelbar eine gleiche Krise hervorruft. E. Levin-Berlin.

Übertragung der Überempfindlichkeit der menschlichen Haut auf das Kaninchenohr, von E. Lehner und E. Rajka. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 53, H. 5/6, S. 855.) Bei dem heutigen Stande der Allergiefrage ist es von Wert, daß Verf. eine Methode gefunden hat, mit deren Hilfe die Reaktionskörper in Fällen menschlicher Überempfindlichkeit nachzuweisen sind: Es wird das Serum einer überempfindlichen Person intrakutan in das Kaninchenohr injiziert und gleich nachher der wirksame Stoff wie bei Kutanproben auf die Oberhaut gebracht; nach 24—28 Stunden entsteht an dem mit dem überempfindlichen Serum behandelten Ohre eine bedeutend stärkere, anhaltendere Entzündung, als an dem mit Herzvollserum beschickten Ohre. Die Übertragung der allergischen Reaktionskörper war von 8 Fällen 6mal erfolgreich, 5mal gegenüber Dammarharz, Metol, Kodinal (Bestandteile des Haarfärbemittels Arabia), Neosalvarsan und Jodkali und in einem Falle mit Primula obconica. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Die Hautimpfungen beim Asthma bronchiale, von F. Klewitz und R. Wigand-Königsberg. (Kl. W., 1927, Nr. 17, S. 784.) Verff. haben mit selbsthergestellten Extrakten in einer größeren Versuchsreihe sich mit der Bedeutung der Impfmethode für die Erweiterung der Diagnostik beschäftigt. Sie gingen dabei von 4 Gruppenextrakten aus. Immerhin gelang es ihnen nur selten, das spezifische Allergen festzustellen; mit dem Haarschuppenextrakt z. B. hatten sie in Ostpreußen überhaupt keine zuverlässigen positiven Resultate, während dieser Extrakt in Holland mit großem Erfolg Verwendung findet. Aus einer positiven Reaktion auf ein oder mehrere Extraktgemische kann man auf eine bestehende Überempfindlichkeit schließen. Eine Erfassung aller Überempfindlichkeitsasthmatiker ist auf diese Weise nicht möglich, so daß auch eine Trennung der Asthmatiker in Allergiker und Nichtallergiker vorläufig ausgeschlossen ist. Nur in einem Fall hatten die Versuche mit Haarextrakten ein deutlich positives Ergebnis; der Pat. reagierte sowohl auf Menschenhaar- wie auch auf Pferdehaarextrakte mit einem Asthmaanfall. Gefahren bestehen mit der Impfung nicht; in manchen Fällen können allerdings besonders starke Reaktionen einsetzen. E. Langer-Berlin.

Tissue Hypersensitiveneness Following the Administration of Toxin-Antitoxin. Phenomenon of Arthus (Gewebsüberempfindlichkeit als Folge der Anwendung von Toxin-Antitoxingemisch [Arthussches Phänomen]), von W. E. Gatewood und C. W. Baldridge-Iowa City. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 14, S. 1068.) Es handelt sich um das seltene Vorkommnis einer lokalen anaphylaktischen Reaktion, Arthussches Phänomen, welches in einer Nekrose an der Stelle der Seruminjektion besteht. Es werden mehrere Fälle mitgeteilt, bei denen nach wiederholter Injektion von Pferdeserum der oben genannten Art Nekrosen auftraten. Als besondere Ursachen sahen die Verff. für diese seltene Reaktion an: 1. daß die Serummenge in einigen der betreffenden Fälle zu hoch war, 2. daß in den Fällen, wo es zur Nekrose kam, es sich um eine mindestens zweimalige Seruminjektion handelte, die erfolgte, als noch typische Zeichen einer von vor nicht langer Zeit gegebenen Seruminjektion herrührenden Serumkrankheit bestanden, 3. daß in allen Fällen die vorangegangenen meist prophylaktischen Seruminjektionen aus Toxin-Antitoxingemisch der gleichen Art bestanden haben. Es wird empfohlen, bei Toxin-Antitoxingemischen nicht nur Pferdeantitoxin, sondern auch Hammelantitoxin zu verwenden. Die Arbeit enthält drei charakteristische Abbildungen schwerer Hautnekrosen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Beitrag zur „vasokonstriktorischen Neurose der weiblichen Brustwarze", von Warnecke. (M. Kl., 1927, Nr. 18, S. 683.) Bei einer an schwerer Phthise und hochgradiger Psychoneurose leidenden Patientin traten mehrmals Anfälle von krampfartigen, unerträglichen Schmerzen in den Brustwarzen auf, die etwa $^1/_2$ Stunde dauerten; die Warzen waren dabei stark errigiert, an der Kuppe blaß, fast weiß. Die Anfälle wurden offenbar durch Kältereiz ausgelöst, bei neuropathischer Veranlagung und möglicherweise vorhandener Störung der inneren Sekretion. Im Gegensatz zu anderen hierher gehörigen Fällen lag weder Schwangerschaft, Wochenbett noch Stillgeschäft vor. E. Levin-Berlin.

Ein pathologischer Hautreflex, von H. Praetorius, Stadtkrkhs. Döbeln, Hannover. (M. m. W., 1927, Nr. 13. S. 543.) Verf. beobachtete bei einem 39jährigen sterbenden Schwerkranken an der Brust eine umschriebene „Gänsehaut". Diese ließ sich durch Bestreichen, leichtes Kratzen oder Klopfen auch an andern Stellen hervorrufen. Das Phänomen blieb bis zu 1 Stunde post mortem bestehen. Die „Gänsehaut" ist ja die Folge einer mechanischen oder psychischen Reizung der Pilomotoren. Normalerweise findet sie sich diffus verbreitet. Ob oben erwähntes Phänomen ein toxisches oder agonales Symptom ist, kann Verf. nicht angeben. H. Colman-Berlin.

Ein pathologischer Hautreflex, von H. Malten-Baden-Baden. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 771.) Der von Praetorius in Nr. 13 der M. m. W. 1927 beobachtete pathologische Hautreflex wurde auch vom Verf. festgestellt, und zwar bei zwei nervösen Männern in mittlerem Alter. Das Phänomen besteht darin, daß bei Prüfung auf Dermographismus eine strichförmige Gänsehaut bei völligem Fehlen jeder Rötung auftritt. Die Gänsehaut verschwindet nach etwa $^1/_2$ Minute. H. Colman-Berlin.

Vergleichende Bewertung des Hämogramms nach Schilling bei inneren Hautkrankheiten, von N. Bobroff und F. Kogan. (Russkaja Klinika, März 1927.) Als wichtigste Schlußfolgerung ihrer Untersuchungen des Blutbildes bei verschiedenen

Digitized by Google

Haut- und venerischen Krankheiten sehen die beiden Verfasser die Tatsache an, daß dasselbe keine absolute diagnostische und prognostische Bedeutung besitzt. Indes kann das Blutbild bei klinisch ähnlichen Krankheiten als diagnostisches Hifsmittel dienen, so z. B. ergibt dasselbe bei Herpes tonsurans superficialis eine Hypereosinophilie, bei Pityriasis rosea statt dessen keine Eosinophilie oder bei Syphilis recens sehr oft Monozythose, welche beim Ulcus molle fehlt. Ebenso kann das Blutbild auch zur Kontrolle der Behandlung verwertet werden, indem eine Abnahme der Monozythose bei Syphilis bis zu einem gewissen Grad einen Erfolg der begonnenen Kur bezeugt und andererseits das plötzliche Auftreten einer ausgesprochenen Eosinophilie bei der Salvarsanbehandlung einen Vorboten einer Dermatitis bildet und somit als Warnung vor weiterer Salvarsanbehandlung dienen kann. A. Jordan-Moskau.

Kapillarmikroskopische Befunde bei histologisch nachweisbaren Gefäßveränderungen der Haut, von S. Bettmann, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (Zieglers Beitr., 1927, Bd. 77, H. 2/3, S. 277.) Die Kapillarmikroskopie liefert eine Flächenbetrachtung und Übersichtsbilder, die bei der üblichen histologischen Vertikalschnittstechnik nur unvollkommen aus Serien zu konstruieren wären. Für die morphologische Auswertung der Kapillarbilder wären zu beachten 1. die Zahl, 2. Gruppierung, 3. Richtung und 4. besondere Form der Kapillaren. Da aber in diesen Fragen noch reichliche Unklarheiten bezüglich der normalen Befunde bestehen, so ergeben sich für die pathologischen Verhältnisse oft große Schwierigkeiten der Beurteilung. Nach äußeren Reizungen oder bei Anwendung von Gefäßgiften sowie bei Dermatosen wie der Psoriasis ist die Gesamtzahl der Endkapillaren im kapillarmikroskopischen Bilde zu übersehen. Zum genauen Studium der Naevi anämischen Ursprungs, der Angiome und Angiokeratome würde die Kapillarmikroskopie wohl herangezogen werden können, und B. gibt hierüber einige interessante, durch Abbildungen ergänzte Befunde, die eine Vereinigung der kapillarmikroskopischen und histologischen Untersuchung bei der Gefäßpathologie der Haut als fruchtbar erscheinen lassen. M. Stern-München.

Biochemische Untersuchungen bei Hautkrankheiten, von Stümpke und Gg. Soika, Stadtkrkh. 1 Hannover. (Kl. W., 1927, Nr. 14, S. 639.) Bei 10 von 16 Ekzemen konnten sie Reststickstofferhöhungen beobachten, ähnliches auch bei anderen Dermatosen, so bei Urtikaria, Akne, Dermatitis herpetiformis. Bei etwa der Hälfte aller Fälle wurde Hyperglykämie festgestellt. Kalzium war bei 26 Ekzemen 12mal erhöht, 5mal erniedrigt. Erhöhung fand sich weiterhin bei Akne, Psoriasis und Salvarsandermatitis. In 34 von 44 Dermatosen ergab die Diastaseuntersuchung des Blutserums normale oder verminderte Werte. Die Lipase war bei 15 Hautkranken im Blut normal, davon ließ sich bei allen eine atoxylfeste, in zwei Drittel der Fälle auch eine chininfeste konstatieren. Die Untersuchungen zeigen, daß Zusammenhänge zwischen den Hautkrankheiten und dem Stoffwechsel bestehen, und daß eingehende Forschungen in dieser Richtung uns vielleicht manche Frage in der Ekzem- und Dermatosenpathologie werden beantworten können. E. Langer-Berlin.

Weitere Versuche über homoioplastische Hauttransplantationen bei Vitalspeicherung, von H. Tammann und M. Patrikalakis, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 139, H. 3, S. 550.) Die Einheilung von homoioplastisch bei weißen mit Trypanblau gespeicherten Mäusen transplantierten Hautlappen beruht auf der Abschwächung der immunisatorischen Funktion des retikuloendothelialen Systems, in ähnlicher Weise wie die Speicherung von Elektrokollargol und von kolloidalem Kupfer. Bei der Verwendung der kolloidalen Metalle fehlte die vorübergehende vollständige Enthaarung des einheilenden Transplantates, die beim Trypanblau konstant zu beobachten ist. Die Versuche mit Speicherung nach erfolgter Transplantation zeigen, daß durch die Speicherung eine Hemmung der Antikörperbildung erfolgt; unter dieser Versuchsbedingung heilt auch ein graues Transplantat auf einem weißen Wirt an. Bei Kaninchen heilte zwar die Transplantation trotz der Speicherung nicht ein, ihr Untergang ist aber bei den gespeicherten Tieren viel langsamer als bei den nichtgespeicherten. Versuche mit Kaseosan mißlangen vollständig. F. Winkler-Wien.

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Dijozol als Hautdesinfizienz, von A. Nehrkorn-Elberfeld. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 768.) Die dijodierte Phenolsulfosäure „Dijozol" (Trommsdorff-Aachen) ersetzt die Tinctura jodi an Desinfektionskraft vollkommen. Es ist farblos, greift die

Digitized by Google

Wäsche nicht an und hat nach den Erfahrungen des Verf. an 1000 Fällen noch nie eine Hautreizung oder gar Dermatitis erzeugt. H. Colman-Berlin.

Le zinc en dermatologie (Das Zink in der Dermatologie), von L. Bory. (Progr. méd., 1927, Nr. 16, S. 596—600.) Die weite Verbreitung, die das Zink bei Ärzten und Laien in der Dermatologie gewonnen hat, verdankt es seiner Eigenschaft, mit Talkum einen sehr billigen Puder von ausgezeichneter Porosität zu geben und der Anwendung in der inneren Medizin als Nervenberuhigungsmittel, woraus man auf eine analoge Wirkung auf die Hautnerven schloß. Das metallische Zink, das bei Arbeitern leicht gewerbliche Dermatosen hervorruft, wird als Zinkstift bei Ekzem und torpiden Wunden angewendet. Zinkoxyd dient in ausgedehntem Maße als Schutzmittel für die Haut in Form der Lassarschen Zinkpaste, mit Zusatz antipruriginöser oder keratoplastischer Mittel. Es ist ferner Hauptbestandteil des Unnaschen Zinkleims, dem gleichfalls andere Medikamente zugesetzt werden können. Unter dem Einfluß der Hautsekrete kann es eine adstringierende Wirkung ausüben. Zinkperoxyd (Ektogan) zu Salben, Umschlägen. Zinc. sulfur. adstringierend, desinfizierend (Bestandteil des „eau d'Alibour") und als Antipigmentosum. Chlorzink, stark kaustisch, bei Lupus, ulzeriertem Krebs; 30%ige Lösung in Alkohol alle 3 Wochen mit Wattetampon angewendet. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Gebietsabgrenzung der Yohimbintherapie, von S. Loewe, F. Lange, H. E. Voss und E. Paas, Pharm. Univ.-Inst. Tartu-Dorpat. (Kl. W., 1927, Nr. 16. S. 743.) Auf Grund der modernen hormonalen Prüfungsbedingungen durch die Beeinflussung der Brunsttätigkeit von Nagetieren (Maus, Ratte, Meerschweinchen) und ihren Nachweis konnten Verff. zeigen, daß die dem Yohimbin nachgesagte Beeinflussung hormonaler Sexualvorgänge in keiner Weise zutrifft. Yohimbin ist weder imstande, die Brunsttätigkeit zu fördern, noch den Pubertätseintritt zu beschleunigen, noch die Intensität und Häufigkeit der einzelnen Brunstgänge zu steigern. Es kann weder die Keimdrüse stimulieren, noch das Ovarialhormon unterstützen oder gar ersetzen. Auch an Nagermännchen konnten ähnliche Resultate gewonnen werden. Dem Yohimbin kommt somit ein ganz umschriebenes Indikationsgebiet zu: nervöse Störungen, insbesondere der reflektorischen Genitalfunktion. E. Langer-Berlin.

Bemerkung zu der Arbeit von M. Meckel: Weitere Mitteilungen über erosive Blastomykosen, und J. Fabry: Über akneförmige Blastomykosis.

Zu ersterer Arbeit weise ich darauf hin, daß bereits Ehrmann und Spiethoff auf die Ansiedlung von Hefen bei Diabetikern in der Haut hingewiesen haben. Senator beschreibt Pneumaturie bei Diabetes mit Hefebefunden im Urin (cf. meine Arbeiten).

Zur zweiten Arbeit möchte ich nur erwähnen, daß bereits bei dem Greifswalder Fall akneähnliche Blastomycosis cutis erwähnt wird mit sehr ähnlichem histologischem Befund. A. Buschke.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Prof. Friedrich Luithlen in Wien. R

Berichtigung. In Nr. 24, S. 810, muß der Name des Verf. in dem Referate: „Beiträge zur Kenntnis der Überempfindlichkeit usw.", J. W. Samson (statt Semon) heißen.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 29 (Bd. 85) 16. Juli 1927

Aus der Hautklinik der Medizinischen Akademie in Düsseldorf (Direktor: Prof. Stern)

Über Erfahrungen mit der Epilation durch Thallium aceticum nach Buschke

Von

C. Stern und P. Grevel

Die von uns in den letzten Jahren geübte Epilation als Einleitung zur Behandlung der Haarpilzerkrankungen war durchweg die durch Röntgenstrahlen. Ausgeführt bei Kindern, namentlich in jüngsten Jahren, ist sie zweifellos eine nicht ganz ungefährliche Handlung. Ihre Nachteile und unerwünschten Zufälle sind von anderen Seiten genügend beschrieben, daß wir hier nur darauf hinweisen wollen. Die Berichte bezogen sich gewöhnlich auf Beobachtungen unmittelbar oder bald nach der Röntgenbestrahlung. Es entzieht sich bis jetzt unserer Beobachtung, was in späteren Jahren der Entwicklung für Fernwirkungen auftreten können oder auftreten werden. Kann nicht durch schädlichen Einfluß der Röntgenstrahlen eine Veränderung der Gehirn- und Nervenzellen vor sich gehen (im Sinn der Degeneration) und dadurch eine Störung im Ablauf der ganzen Gehirnfunktionen? Kann nicht das noch in der Entwicklung begriffene und recht empfindliche kindliche Gehirn für das ganze spätere Leben Schaden nehmen? Einen Schaden, der vielleicht nur in etwas herabgesetzter Intelligenz besteht, der aber für das Geistes- und Wirtschaftsleben des Individuums von ungünstigen Folgen ist, die wir nicht mit der Heilung einer Mikrosporie verantworten können?

Lag der Röntgenepilation bei den schwereren Formen, wie Trichophytie und Favus, eine gewisse Berechtigung zugrunde, so konnte andererseits einer kritischen Beobachtung die Tatsache wenig standhalten und imponieren, auch eine so relativ harmlose und ungefährliche Erkrankung, wie sie die Kindermikrosporie darstellt, mit derselben schweren und zweischneidigen Waffe anzugehen. Die Differenz zwischen der Bewertung der Mikrosporieerkrankung als solche, deren Wesen im Grunde genommen nur in dem schlechten kosmetischen Aussehen und in der Weiterverbreitungsmöglichkeit liegt — nur zwei Faktoren, die mit Eintritt der Pubertät von selbst erlöschen —, und der Wertung einer so eingreifenden Maßnahme wie der intensiven Röntgenbestrahlung des kindlichen Kopfes, veranlaßte uns zu nachdenklichen Zweifeln an der Berechtigung eines so allgemein geübten Verfahrens. Aber als das sicherste und schmerzloseste Vorgehen war und blieb sie die Methode der Wahl.

Digitized by Google

Aus diesen Erwägungen heraus begrüßten wir die interessanten Arbeiten Buschkes und seiner Mitarbeiter über Epilation durch Thallium acetic. in peroraler Verabreichung. Sie veranlaßten uns zur Nachprüfung des von ihnen angegebenen Verfahrens und zum Ausbau einer von uns jetzt allgemein in der Therapie übernommenen Methode.

Wir behandelten insgesamt 20 Kinder mit mehr oder minder ausgedehnten Mikrosporien des behaarten Kopfes. Bei allen Fällen war die Diagnose einwandfrei durch mikroskopischen Nachweis des Mikrosporon Audouini, bei vielen außerdem durch Kultur gesichert.

Es wurde nach den Angaben von Buschke so vorgegangen, daß den Kindern, die sich in den Altersgrenzen von 2—10 Jahren bewegten, ohne Unterschied in bezug auf Alter, Geschlecht und Körperverfassung, 0,008 kg Thallium acetic. pro Kilogramm Körpergewicht per os in Milch verabreicht wurde. (Die Kinder wurden vorher nackt gewogen.) Zur Anwendung kam das Thallium acetic. oxydul. von Merck. Es empfiehlt sich, das genau abgewogene Medikament in einem Eßlöffel zu lösen, denselben nach der Verabreichung noch etwa zweimal mit Milch zu füllen und nachzugeben, weil ein geringer Verlust der an und für sich schon winzigen Menge zu Mißerfolgen führen kann.

In der beschriebenen Form wurde das Thallium acetic. von allen Kindern ohne Unterschied und ohne jegliche Schwierigkeiten gern genommen und gut vertragen.

Besondere, nicht beabsichtigte Nebenwirkungen, wie sie von anderen Autoren berichtet werden, Beeinflussung des subjektiven Wohlbefindens, Vergiftungserscheinungen oder Reizzustände des Nervensystems kamen bei uns nicht zur Beobachtung. Es mag dies (vielleicht) an einer geringeren Giftigkeit des von uns angewandten Präparates liegen oder an unserem gemäßigten Klima. Die Kinder, die nicht das geringste Krankheitsempfinden hatten, blieben außer Bett und erhielten vom Tage der Aufnahme ab einen festsitzenden Schutzverband zur Vermeidung von weiteren Infektionen auf der Station.

Nach Ablauf einer Woche post medicationem kontrollierten wir täglich die Beschaffenheit der Haare auf Festigkeit und Lockerwerden. Durchschnittlich nach etwa 14 Tagen war die Wirkung des Thalliums so weit fortgeschritten, daß sich die Haare mühelos und schmerzlos in großen Bündeln ausziehen ließen. Der Termin des Ausfalls ist großen Schwankungen unterworfen (von 8—18 Tagen) aus von uns nicht eruierten Gründen. Daß die Haare von selbst ausfielen, konnten wir nicht feststellen. Bald nach dem Lockerwerden wurden die Haare gezupft, wobei uns immer auffiel, daß die Haare an den Grenzpartien des Kopfes — an der Stirn, der Schläfe, hinter den Ohren und im Nacken — noch relativ fest waren und sich nicht schmerzlos entfernen ließen. Wimpern und Augenbrauen blieben erfreulicherweise fest; in wenigen Fällen fielen bei letzteren die lateralen Partien aus. Eine Erscheinung, die durch die verschiedenen Innervationen der Augenbrauen und der Wirkung des Thalliums nur über den Sympathikus hinweg seine Erklärung gefunden hat.

Da wir für eine erfolgreiche Therapie der Mikrosporie und zur Vermeidung von Rezidiven eine exakte Epilation (des Kopfes) für not-

Digitized by Google

wendig halten, wurde eine Nachepilation mit Collod. Zinc. vorgenommen. Auch bei der Röntgenepilation ist der Haarausfall niemals vollständig und auch dort die Nachepilation erforderlich. Es wurde den Kindern die ganze Kopfhaut mit Zinkleim dick bestrichen, in welchem die noch restierenden Haare fest verbacken. Am nächsten Tage können letztere durch Abziehen der Zinkleimhaut leicht (aber nicht ganz schmerzlos!) entfernt werden. Wenn erforderlich, muß diese Prozedur ein- bis zweimal wiederholt werden.

Danach ist der Kopf spiegelblank und vor allem die Kopfhaut durch die Behandlung mit Zink in einer vorzüglichen Verfassung, wie sie für die nun einsetzende intensive Behandlung der Mikrosporie wünschenswert ist. Letztere erfolgt in der üblichen Weise, wir verwenden gewöhnlich Jodkollodium.

Von den auf diese Weise behandelten 20 Kindern stehen zur Zeit 2 mitten in der Behandlung, daß wir uns darüber kein definitives Urteil erlauben können. Von den übrigen 18 Kindern wurden 15 sofort geheilt. Bei den übrigen 3 Kindern im Alter von 8, 9 und 10 Jahren sind bei einem nur die Haare auf dem Scheitel ausgegangen, bei den beiden anderen überhaupt nicht. Bei einem von letzteren Kindern war uns der Mißerfolg von vornherein wahrscheinlich, weil das Kind bei der Medikamentverabreichung einen Hustenanfall bekam und dabei einen Teil ausspuckte. Gern hätten wir im Interesse einer konsequenten Beobachtung bei den 3 mißglückten Fällen noch einmal Thallium verabreicht. Da dies nach den Angaben von Buschke erst nach 2 Monaten möglich ist und die Kassen wegen der dadurch unnötig verlängerten Krankenhausbehandlung Schwierigkeiten gemacht hätten, mußten wir verzichten und die Röntgenepilation vornehmen. Immerhin können wir 80% absoluter Heilungen verzeichnen, ein Prozentsatz, den wir noch heraufzusetzen hoffen.

Im allgemeinen wuchsen die Haare nach knapp 3 Wochen post epilationem wieder, d. h. auch dieser Termin ist Schwankungen unterworfen von 8 Tagen (1mal) bis zu 2 Monaten (1mal). Das Wachstum war nicht wie bei der Röntgenepilation flaumartig, sondern kräftig, borstig, als wenn der Kopf rasiert worden wäre. Das Wiederkommen war bei 9 Kindern regelmäßig, bei 3 Kindern zunächst mit kahlen Stellen, die sich später auch mit Haaren bedeckten. Bei einem Jungen ließ der Haarwuchs 2 Monate auf sich warten, aber auch dann setzte er zuerst zaghaft und flaumartig und dann vollständig wieder ein.

Unseren Erfahrungen nach liegt der Vorteil der Thalliumepilation zum wesentlichen Teil auch darin, daß die Krankheitsdauer abgekürzt wird, insofern die Haare früher locker werden als bei der Röntgenepilation und auch früher wiederkommen. Aber gerade letzterer Vorteil kann insofern zu einem Nachteil auswachsen, als die Haare zu früh wiederkommen können, bevor die Abtötung der Pilze restlos vollzogen ist (wir beobachteten 1mal schon nach 8 Tagen). Deshalb empfehlen wir, sofort nach Lockerwerden der Haare mit dem Zupfen zu beginnen und nicht zu warten, ob sie vielleicht noch lockerer werden oder gar von selbst ausfallen, was niemals der

Digitized by Google

Fall ist. Es kann wertvolle Zeit inzwischen verstreichen, die den ganzen Erfolg in Frage stellt. Im Sinne unserer einleitenden Erörterungen sehen wir heute, zum Unterschied zu früher, in der Thalliumepilation die Methode der Wahl, in der Röntgenepilation nur ein Ultimum refugium, wo erstere versagen sollte.

Schädigungen des Auges durch Licht

Von

Dr. O. Thies, Augenarzt in Dessau

Überblicken wir einmal kurz die Literatur der Augenschädigungen durch Lichtstrahlen. Da finden wir, daß im Anfange der Beobachtungen es gewissermaßen noch etwas wirr durcheinandergeht, daß allmählich aber zwei größere Gruppen von solchen Augenerkrankungen sich herausschälen lassen, nämlich die des äußeren Augenabschnittes und die der tieferen Teile des Auges. Birch-Hirschfeld tritt als einer der ersten auf, der auf diesem Gebiete folgerichtig arbeitet, und seiner Hand verdanken wir daher auch eine Anzahl wichtiger Beobachtungen. Im Laufe der Zeit hat man erkannt, daß die Schädigungen des äußeren Auges durch die ultravioletten Strahlen in allererster Linie hervorgerufen werden, während das Ultrarot für die tieferen Erkrankungen des Auges mehr verantwortlich zu machen ist.

Wer als Arzt im Zentrum einer großen Industrie wohnt, dem wird beim Lesen der Literatur wohl manchmal dieser oder jener Fall einer schwer zu heilenden „Konjunktivitis" ins Gedächtnis zurückgerufen werden, den er nicht recht unterbringen konnte. Ehe wir solche Fälle genau mit Hornhautmikroskop und Spaltlampe untersuchen gelernt haben, haben wir ja alle manchmal „vorbeigeraten", bis uns dann plötzlich ein besonders eklatanter Fall aufhorchen ließ. Ich erinnere mich aus meiner Praxis genau, daß aus einem Betriebe, in dem viel mit Licht gearbeitet wird, haufig „Bindehautentzündungen" in Form eines eigenartigen Follikularkatarrhs zu mir in Behandlung kamen, die äußerst schwer heilten. Ich ließ damals vor dem Betreten und nach dem Verlassen des Arbeitsraumes in den Betrieben den betreffenden Arbeitern eine schwache Kokainsalbe ins Auge streichen: und die Erkrankungen wurden seltener. Nachher wußte ich genau, daß ich es hier mit leichten Verbrennungen des vorderen Augenabschnittes infolge „strahlender Energie" zu tun hatte. Noch heute bekomme ich aus den zahlreichen Betrieben in meinem Industriebezirke eine ganze Anzahl solcher Fälle. Und während ich diese Zeilen schreibe, behandle ich wieder drei doppelseitige, typische Bindehaut- und Hornhautverbrennungen, die durch den elektrischen Lichtbogen entstanden sind, der sich bei Kurzschluß bildete. Erwähnenswert ist der Vorgang dieser Verbrennung durch ultraviolette Strahlen. Beim Ausschalten einer Hochspannungsleitung an der Decke mittels $1^1/_2$—2 m langer Schaltstangen entstand ein 6 Sekunden dauernder Lichtbogen von etwa 1 m Länge an der Decke. Die Entfernung von den Augen betrug reichlich 2 m. Und trotzdem war die Wirkung so, daß die Hornhäute mit Bläschen übersät waren, und ein vollkommener Blepharospasmus bestand. Übrigens trifft man diese Hornhautbläschen meist in der unteren Hornhauthälfte an, da diese ja unbedeckt vom Lide frei liegt.

Der Zweck dieser Zeilen soll es sein, an der Hand einiger seltener, aber äußerst wichtiger Fälle erneut darauf hinzuweisen, wie häufig wir es mit Schädigungen des äußeren Augenabschnittes durch Licht zu tun haben. Bereits vor drei Jahren habe ich in den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde den seltenen Fall einer doppelseitigen Hornhautverbrennung durch Höhensonne veröffentlicht. Er betraf merkwürdigerweise den Geschäftsführer einer Krankenkasse, der im Gespräch mit seinem Arzt bei der vorzunehmenden Bestrahlung mit Höhensonne vergessen hatte, sich die Schutzbrille aufzusetzen. Genau nach 10 Stunden traten so starke Reizerscheinungen der Augen auf mit Lichtscheu, Tränenfluß und hochgradigem Blepharospasmus, daß er nicht fähig war, die Augen von selbst zu öffnen. Erst nach Kokainisierung gelang dies, und ich hatte vor mir das typische Bild einer ausgedehnten, oberflächlichen Hornhautverbrennung mit unzähligen kleinen Bläschen, wie ich es vorher nicht beobachtet hatte.

Digitized by Google

Neben den zwei Fällen mit schweren Hornhautschädigungen, die ich heute beschreibe, und die außerdem noch zwei Kollegen betreffen, füge ich einen Fall an, der mir ganz besonders wichtig erscheint. Wichtig erstens deshalb, weil er so ganz seltene Symptome aufweist und der Behandlung so schwer zugänglich war, dann zweitens auch, weil bisher Entzündungen der Regenbogenhaut nur ganz spärlich als Folge der Einwirkung von Lichtstrahlen beobachtet worden sind. An diesem seltenen Vorkommen dürften verschiedene Momente mitwirken. In der Sitzung der Vereinigung mitteldeutscher Augenärzte zu Halle am 28. November 1926 meinte KRAUPA, daß die Farbe der Iris unter Umständen dabei mitspräche; BERT hielt eine gewisse individuelle Disposition für notwendig. Ich selbst glaube, daß außer diesen Faktoren auch noch der Umstand eine gewisse Rolle spielt, daß die Iris ständig von dem Kammerwasser überspült wird und dadurch einen, wenn auch kleinen Schutz bekommt. Interessant ist übrigens, nebenbei bemerkt, daß es sich bei meinen Fall 3 um eine Iris von hellbrauner Färbung handelt, einer Färbung, von der gerade KRAUPA als besonders disponiert spricht. Wenn eine besondere Prädisposition keine Rolle dabei spielte, müßten ja Erkrankungen in ungleich größerer Zahl vorkommen, während sie doch so nur auf die dazu besonders disponierten Menschen beschränkt sind.

Wir kommen jetzt zunächst zur Mitteilung der drei Fälle, die der Besprechung in der Abhandlung zugrunde liegen sollen.

Fall 1. Anamnese: Dr. H., Arzt, kam im Winter 1925 durch Zufall mit mir zusammen und besprach mit mir seine für ihn rätselhafte Augenerkrankung. Diese „Konjunktivitis", wie er sie nannte, quäle ihn nun schon ein halbes Jahr lang und mache ihm oft solche Beschwerden, daß er bei Ausübung seiner Praxis sehr gehindert sei. Die Reizerscheinungen nähmen besonders dann zu, wenn er sich lange in Räumen mit greller Beleuchtung aufgehalten habe. Meine Vermutung, daß es sich um keine „Konjunktivitis" im eigentlichen Sinne, sondern wohl um Veränderungen der Hornhautoberfläche handele, wurde sofort bestätigt, als ich ihn mit Hornhautmikroskop und Spaltlampe untersuchte. Diese Veränderungen waren gerade durch das lange Sitzen im hellerleuchteten Zimmer mit schlechter Luft wieder frisch an diesem Tage aufgetreten. Im Laufe der folgenden Zeit konnten wir dann auch Genaueres über den Beginn der Erkrankung feststellen. H. hatte im Frühsommer desselben Jahres an einer längeren Röntgenuntersuchung teilgenommen, bei der er mit ungeschützten Augen beobachtete. Einige Tage darauf trat eine „Konjunktivitis" auf, die aber wieder verschwand. Die folgende Urlaubszeit verbrachte er auf einer Nordseeinsel, wo er sich, um recht einzubrennen, der Bestrahlung durch die Sonne aussetzte. Von der Zeit an datiert die chronisch rezidivierende Form der „Konjunktivitis", die trotz mehrfacher Behandlung gar keine Neigung zur Heilung zeigte.

Der im Anfang meiner Behandlung festgelegte Befund war:

Beiderseits sehr starke Lichtscheu und Blepharospasmus. Die Conjunctiva tarsi ist wenig gerötet, dagegen zeigt die Conjunctiva bulbi lebhaftere Injektion. Beide Hornhäute sehen etwas rauchig getrübt aus. Die Betrachtung mit Hornmikroskop und Spaltlampe zeigt aber, daß diese Trübung der Hornhautoberfläche aus lauter feinsten Bläschen besteht, die, unzählig nebeneinander liegend, die ganze Hornhaut überziehen. Bei stärkerer Vergrößerung sieht dann die Oberfläche wie ein „Schuppenpanzer" aus. Weitere Veränderungen im Auge fehlen, nur ist die Pupille etwas enger als normal.

Diagnose: Verbrennung der Hornhautoberfläche durch ultraviolette bzw. Röntgenstrahlen im chronischen Stadium.

Als Therapie verordnete ich Massage mit der reizlosen Kokainsalbe, der ich etwas Suprarenin zusetzen lasse, sowie eine geeignete Schutzbrille. Und schon in den nächsten Tagen konnte ich den völligen Rückgang aller Erscheinungen beobachten. Nur hin und wieder treten geringe Reizerscheinungen bei oben erwähnten Schädigungen ein.

Fall 2. Anamnese: Dr. F., D., Ärztin, hatte im Herbst 1926 wiederholt an „Konjunktivitis" gelitten und kam deswegen in meine Behandlung. Ich hatte bei dem ganzen Aussehen der Bindehaut und der sonstigen Sachlage gleich die Vermutung, daß es sich auch hier um eine Hornhautverbrennung durch Strahlen handeln könne, zumal die angewandte Therapie prompte Heilung brachte. Nach mehreren Wochen rief sie mich meiner Weisung gemäß an, daß gerade solch ein Anfall mit Lichtscheu beginne, der die Ausübung ihrer Praxis unmöglich mache. Ich konstatierte eine Verbrennung der Hornhaut durch Lichtstrahlen. Die weitere Nachfrage ergab dann auch, daß sie 6 Tage vorher mit unbewaffnetem Auge Röntgenuntersuchungen vorgenommen hatte.

Befund: Sehr hochgradige Lichtscheu und Tränenfluß. Ein selbständiges Öffnen der Augen tritt erst ein nach Anästhesierung mit Kokainlösung. Die Bindehaut der Lider

Digitized by Google

zeigt keine Veränderung; wohl aber sieht man zahlreiche, kleinste Bläschen auf der Bindehaut des Augapfels, die lebhaft injiziert ist. Die Hornhaut ist über und über mit kleinsten Bläschen besäht. Andere Veränderungen fehlen gänzlich.

Therapie: Kokainsalbe und Schutzbrille.

Nach einigen Stunden kann die Praxis wieder ganz versehen werden. Seit dieser letzten Untersuchung kein neuer Rückfall mehr.

Fall 3. Anamnese: Am 21. Januar 1926 erschien Dr. E., D., Chemiker, in meiner Sprechstunde mit der Angabe, daß er seit etwa einer Woche an „Bindehautentzündung" beider Augen erkrankt sei, daß er aber seit zwei Tagen besonders auf dem linken Auge vermehrte Lichtscheu und Schmerzen empfinde. Er sei stets gesund gewesen, habe nie an Rheumatismus oder heftigen Erkältungen gelitten. In seiner Familie sei kein Fall von Tuberkulose vorgekommen, er selbst habe sich nie geschlechtlich infiziert und sei auch darin nicht belastet. Bei diesem negativen Ausfall der Anamnese kam mir die Vermutung bei der eigenartigen Form der Iritis, daß wir es vielleicht mit einer Schädigung durch Licht zu tun haben könnten. Eine Vermutung, die mir kürzlich von leitenden Herren der betreffenden Abteilung erneut bestätigt wurde. Gestützt wurde diese Annahme auch noch durch die Tatsache, daß Herr Dr. E. kurze Zeit vor Auftreten der Augenerkrankung an „Nesselausschlag" des Gesichts gelitten hatte.

Er hatte die Beobachtung des Spinnprozesses auszuführen. In einem Schachte, in dem der Faden gesponnen wurde, befand sich eine elektrische Röhrenbirne; ihr gegenüber war eine Glasscheibe zur genaueren Kontrolle des Spinnprozesses angebracht. Die Entfernung des Auges vom Schacht selbst betrug etwa 15—20 cm. Bei besonderen Beobachtungen wurde das Schauglas geöffnet, so daß nunmehr das Auge direkt der Schachthitze und den Lichtstrahlen ausgesetzt war. Die Temperatur in diesem Schachte betrug etwa 90—120°. Die Dauer der Beobachtung schwankte zwischen 2—30 Minuten. Die Beoachtung erfolgte sowohl mit einem als mit zwei Augen. — Verwendet wurden Röhrenlampen der AEG, 16 Kerzen; 120 Volt.

Befund: Sehr großer, kräftig gebauter, wohl aussehender Mann in gutem Ernährungszustande. An der rechten Halsseite eine Narbe. Die eingehende Untersuchung der inneren Organe, wie überhaupt des Gesamtkörpers, auch im Röntgenbilde, durch den Direktor der inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses ergibt besonders für Rheuma, Tuberkulose oder eine andere Erkrankung, die als Ursache der Iritis angesprochen werden könnte, keinerlei Anhaltspunkte. Die Wassermannuntersuchung fällt negativ aus, ebenso Tuberkulinprobe.

Rechtes Auge: Geringe Lichtscheu und Injektion, auch ziliar. An Hornhaut und Iris sind mit Hornhautmikroskop und Spaltlampe keinerlei schwerere Veränderungen nachzuweisen. Auffallend ist nur, daß an zwei Stellen des Pupillarrandes feine, graugelbliche Pfröpfchen dem Gewebe aufsitzen. Im übrigen reagiert die runde Pupille prompt auf Lichteinfall. Linse, Glaskörper klar. Hintergrund ohne Veränderungen. S = 5/5.

Linkes Auge: Starke Lichtscheu und Tränenfluß. Lebhaftere, ziliare Injektion. Hornhaut zeigt keine Veränderungen. Vorderkammer normal tief. Kammerwasser klar. Irisgewebe ganz leicht gefärbt. Am Pupillarrande an sechs Stellen die gleichen Auflagerungen von graugelblicher Färbung auf dem Gewebe wie rechts; unten außen etwas größer. Bei genauer Beobachtung mit Vergrößerung erkennt man deutlich, daß es Fibrinmassen sind, die wie aus dem Irisgewebe herausgequetscht erscheinen und locker aufsitzen. An diesen Stellen sind feine, hintere Synechien vorhanden. Die Pupille ist im übrigen verengt, erweitert sich aber allseits auf mehrere Tropfen Atropin. Linse, Glaskörper klar. Im Hintergrunde keine Veränderungen. S = 5/5.

Unter der üblichen Behandlung: Schwitzen, Atropin, Kataplasmen, Schutzbrille und Schutz vor Licht gingen innerhalb einer Woche die Erscheinungen soweit zurück, daß Patient nur noch zweimal wöchentlich zur Beobachtung kommen brauchte. Auffallend war das schnelle Abklingen der Reizerscheinungen, dagegen das starre Verhalten der Exsudatpfröpfe gegenüber der Behandlung. Erst langsam lösten sie sich auf oder fielen auf den Boden der vorderen Augenkammer nieder. Im März hörte E. mit der Atropinbehandlung auf und ging wieder, wie früher, seiner Tätigkeit voll nach.

Am 3. Mai aber kam er wieder zu mir mit erneuten, frischen Reizerscheinungen auf beiden Augen, die sich am folgenden Tage noch steigerten. Jetzt hatte ich auch Gelegenheit, alles genau beobachten zu können und meinen Verdacht bestätigt zu finden.

Rechtes Auge: Starke Lichtscheu, Tränenfluß. Conjunctiva tarsi normal, dagegen die des Augapfels lebhaft gerötet und zum Teil wie mit kleinen Bläschen besetzt. Ziliare

Digitized by Google

Injektion. Auf der Hornhaut einzelne Stippchen im unteren Teile, die als kleinste Bläschen gedeutet werden. Kammerwasser leicht rauchig, Iris verfärbt. Am Rande der Pupille 4—5 kleine Exsudatpfröpfe, wie sie schon früher beschrieben wurden. An diesen Stellen waren auch zarte, aber leicht lösbare Synechien vorhanden. Vordere Linsenkapsel erscheint wie leicht bestaubt durch feinste Niederschläge. Sonstige Teile normal.

Linkes Auge: Starke Lichtscheu und Tränenfluß. Auf der Conjunctiva bulbi, die lebhaft gerötet erscheint, vereinzelt kleine Bläschen. Ziliarinjektion. Auf der Hornhaut eine Anzahl ebensolcher kleinster Bläschen wie rechts. Kammerwasser leicht rauchig. Am Pupillarrande etwa zehn feine Fibringerinnsel von graugelblichem, durchscheinendem Aussehen. An diesen Stellen ebenfalls hintere Synechien, die aber auch bald auf Atropin gänzlich verschwinden. Auf der vorderen Linsenkapsel feinste, bräunliche Bestaubung. Linse klar. Im vorderen Teile des Glaskörpers bei Anwendung des Silberspiegels feinste, punktförmige Trübungen neben einzelnen feinen Strängen. Hintergrund normal.

Krankenhausbehandlung. Die starken Reizerscheinungen verschwanden in einigen Tagen. Die Aufsaugung der Exsudatpfröpfchen zog sich aber noch Monate hin. Ebensolange wurde deshalb auch die Pupille, trotz der Reizlosigkeit des Auges sonst, weit gehalten, um erneute Synechienbildung ständig zu verhüten. Wechsel der Arbeit dringend geraten.

Jetziger Zustand weiter gut. Reizerscheinungen nicht wieder beobachtet. Die Augen besitzen normales Sehvermögen.

Betrachten wir die Erkrankungen der beiden Kollegen. Da sehen wir, daß es doch immer wieder nötig ist, auf die Gefahren bei jeder Bestrahlung hinzuweisen. Wenn auch Srock in seiner Arbeit „Strahlenbehandlung in der Augenheilkunde“ es als selbstverständlich bezeichnet, die Augen dabei stets mit einer Schutzbrille zu versehen, so geschieht es trotzdem sehr häufig nicht. Und wie eindrucksvoll warnt er davor, da oft solche Verbrennungen sehr schwer wieder zur Heilung zu bringen seien. Darauf muß besonders hingewiesen werden, da mancher glaubt, ohne weitere Vorkenntnisse die Röntgentechnik beherrschen zu können.

Fall 3! Für mich ist absolut klar, daß wir es hier mit einer Wirkung des Lichtes zu tun haben. Wenn ich auch anfangs nur den Verdacht einer solchen Schädigung hatte, so wurde er doch gerechtfertigt, als ich beim zweiten Anfalle noch andere Veränderungen der Conjunctiva bulbi und der Oberfläche der Kornea bemerkte, die nur auf Lichtwirkung zurückgeführt werden können. Auch kann das Auftreten des Nesselausschlages im Gesichte als eine Wirkung durch Strahlen gedeutet werden. In der Arbeit von Brons über „die Ausdehnung der Unfallversicherung auf gewerbliche Augenkrankheiten“ wird bei der Besprechung des Glasmacherstares manches erwähnt, das auch für unseren Fall zu wissen nicht unwichtig erscheint. Danach hat Leber angenommen, daß „durch Hitze und Transpiration eine Konzentration des Kammerwassers herbeigeführt würde“; Hartridge und Hill nehmen eine Schädigung des Ziliarkörpers durch die Hitze an; dieser Annahme schließt sich mit einigen Differenzierungen auch van der Hoeve an. Und wenn nun ein Reiz auf den Ziliarkörper mit sekundärer Schädigung der Linse durch Lichtstrahlen von diesen Seiten zugegeben wird, so können wir doch ohne weiteres eigentlich auch annehmen, daß gelegentlich einmal gleichzeitig eine Entzündung der mit diesem Ziliarkörper aufs engste zusammenhängenden Iris eintreten kann. Und schließlich ist für mich ausschlaggebend gewesen besonders die Form dieser eigenartigen Iritis mit den seltsamen Exsudatpfröpfchen.

Gehen wir noch einmal zu dem Berichte des Patienten über die Art seiner Tätigkeit zurück. Ich nehme an, daß seit dem Beginne der Beobachtungstätigkeit meines Patienten, die erst wenige Monate zurücklag, sich kaum nennenswerte Störungen bemerkbar gemacht haben. Dann ist allmählich ein Zustand eingetreten, der das Auge zu Entzündungserscheinungen mehr disponiert machte. Sie brachen aus, als bei besonders langer, intensiver Beobachtung des Spinnprozesses das Schauglas geöffnet wurde. Diese Annahme ist mir in allen Teilen von maßgebender Seite bestätigt worden. Sie bleibt auch dann bestehen, wenn es sich trotz des negativen Ausfalles aller Untersuchungen um eine bis dahin latent bestehende Erkrankung aus anderer Ursache handelte, die dann auf diese Weise entfacht wurde.

Digitized by Google

Die Trichophytie der Augenbrauen und der Wimpern und die seltenen Formen der Trichophytie

Von

Dr. Houloussi Behdjet

Chef der dermatologischen Abteilung am Hospital Gouraba in Konstantinopel

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Ein 35 Jahre alter Tabakhändler stellte sich mit einer Hauterkrankung an den Augenbrauen und Wimpern vor, an der er seit einem Jahre litt. Die Krankheit hatte in der Gegend der rechtsseitigen Oberkiefer-Schläfenverbindung begonnen und sich, nachdem sie sich eine Zeitlang unter dem Bilde einer erythematösen Desquamation mit Jucken entwickelt hatte, schrittweise auf die Augenbrauen und dann auf die Wimpern ausgebreitet.

Der behaarte Kopf des Kranken zeigte eine stark fettige Schuppung von Pityriasis steatoides. Die Haare der Augenbrauen waren teilweise atrophisch und verdünnt, an ihren Einpflanzungsstellen bemerkte man eine leichte Desquamation. Die Wimpern des rechten Auges waren gesund. Nach Angabe des Kranken war die schuppende Fläche erythematös gewesen; nach dem Oberkiefer zu bestand an den Stellen der Haarfollikel eine Perifollikulitis. Der innere Abschnitt der linken Augenbraue war gewissermaßen mit einer trockenen Kruste bedeckt, während das äußere, ausgefallene Drittel weder Erythem noch Desquamation zeigte. Die Umgebung der Wimpern war ödematös und ließ an eine Konjunktivitis denken. An der rechten Braue waren die Haare nur stellenweise ausgefallen, auch die Schuppung war nur gering, beim Kratzen hob sich die oberflächliche Epidermisschicht ab und die darunterliegende Fläche erschien trocken.

Zunächst hätte man an ein Ekzem der Augenbrauen und der Wimpern denken können, indessen machten mich die Überreste des Umkreises der Eruption in der Gegend der Oberkiefer-Schläfenverbindung stutzig, die auch auf ein trichophytoides Ekzem schließen lassen konnten.

Während der ganzen Entwicklung der Krankheit hatte die Läsion nicht das geringste Nässen gezeigt. Ich entfernte einige Haare von dem atrophischen Teil der Brauen und bemerkte, daß die Haarfollikel vollkommen ihre normale Farbe verloren hatten; sie waren zum Teil unregelmäßig, zum Teil abgebrochen und am Ende geteilt. Dieses Aussehen veranlaßte mich, die Untersuchung nach der Richtung der Parasiten zu vertiefen und Präparate von den Haaren herzustellen, in denen ich Myzelien fand; in anderen zu Sporen zerfallene Myzelien. Nachdem einmal die Diagnose einer Trichophytie gestellt war, durfte die Kultur des Parasiten nicht unterlassen werden.

Unter allen bisher beobachteten Fällen von Trichophytie, die das seltene Bild von Bläschen, Pusteln und polymorphem Erythem darboten, und auch unter den seltenen Fällen, die ich nachher noch erwähnen werde, hatte ich niemals eine Beteiligung der Augenbrauen und Wimpern bemerkt. Ich beschickte mehrere Röhrchen; in dreien von ihnen fanden sich vom zweiten Tage ab Staphylokokken, die anderen entwickelten sich sehr langsam.

Am 6. Tage entwickelte sich an der Stelle der Einimpfung eines Haares eine schneeflockenförmige Kultur; in den anderen Röhrchen war selbst mit Lupenuntersuchung nichts zu entdecken. Vom 8. Tage an nahm der Umkreis der Kultur ein radiäres und welliges Aussehen an, es zeigten sich daselbst einige schmutzige Punkte, was im ganzen an die seidige Schicht einer Quittenhaut erinnerte. Unter dem Mikroskop sah man Fruktifikationen der Myzelien, die an den Enden charakteristische Sporen trugen.

Es bestand also an den Augenbrauen und Wimpern unseres Kranken eine Trichophytie, die nach Sabouraud und Stein zur Klasse Ectothrix echinus gehören würde. Wir haben seit den Untersuchungen von Sabouraud, Bloch und Pulvermacher verschiedene Arten von Trichophyton beobachtet. Insbesondere sahen wir im Asyl der Findlinge bei einem Mädchen von 8 Jahren auf dem behaarten Kopfe ein Kerion Celsi gleichzeitig mit einer ichthyosiformen Trichophytie, die das Aussehen einer generalisierten, pergamentartigen, mit Schuppen bedeckten Keratose darbot, von denen einige schmutzig

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

schwärzlich erschienen. Die Eruption war nicht symmetrisch, die Haare ohne Veränderungen. Ein anderer Kranker, ein 10jähr. Knabe aus dem Armenasyl in Konstantinopel, zeigte am behaarten Kopf ein psoriasiformes Ekzem und an verschiedenen Stellen des Körpers Läsionen, die im Aussehen einer Psoriasis ähnelten. Beiderlei Läsionen genörten, wie festgestellt wurde, zur Gruppe der Ectothrix-Trichophytien. Im Augenblick der Veröffentlichung dieser Untersuchung stellte sich in der Sprechstunde des Hospitals Gaarabe ein 8jähr. griechisches Mädchen vor, dessen Ohrmuschel an der Hinterfläche ebenso wie die rechte Augenbraue Läsionen vom Aussehen eines figurierten Ekzems trug. Die Haare der Augenbrauen waren schütter, stellenweise atrophisch und mit einer fettigen, schmutzigen Kruste bedeckt. Die Rückseite des Ohres zeigte eine kreisförmige Desquamation, die mich veranlaßte, die Untersuchung auf den Nachweis einer Trichophytie auszudehnen. Unter dem Mikroskop fand sich Ectothrix megasporon; es wurden auch Kulturen angelegt, deren Ergebnisse ich demnächst in einer Veröffentlichung über die in Konstantinopel beobachteten Parasiten der Klasse Epidermo-Dermomykosen bringen werde.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß die auf Trichophyton beruhenden Hautveränderungen unter verschiedenen Formen beobachtet werden. Zu den lichenoiden Formen der Trichophytie von Jadassohn und denen des Erythema nodosum und multiforme von Bloch und Rasch würden noch die ichthyotischen und psoriatischen hinzukommen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Charlottenburger Städtischen Krankenhauses (Prof. Dr. Bruhns)

Zur Kenntnis der Serologie der Gonorrhoe

Von

E. Kadisch

Da sich in den letzten Jahren die Angaben über günstige Erfolge mit der Komplementablenkung auf Gonorrhoe vermehren, andererseits auch von allen Seiten auf die großen Schwierigkeiten hingewiesen wird, welche die technische Ausführung hat, so wurde ich durch die Hinweise von Bruck angeregt (10), mit dem von ihm verwandten Scheringschen Antigen Versuche mit aktivem Serum anzustellen. Es war ja theoretisch a priori nicht von der Hand zu weisen, daß vielleicht mit aktivem Serum es leichter gelingt, regelmäßige spezifische Resultate zu erzielen. Der Antitoxin-, Präzipitinspiegel, oder der Spiegel sonstiger dem Nachweis zugänglicher Serumeigenschaften ist in bezug auf die Gonorrhoe ein relativ geringer; so sind die früheren Versuche zum Nachweise spezifischer Antikörper durch Agglutination usw. verlassen worden. Die Anregungen Brucks waren besonders auch deshalb einer baldigen Nachprüfung wert, als das Antigen im Handel ist, resp. uns freundlicherweise von Schering zur Verfügung gestellt wurde. Im allgemeinen waren die Ergebnisse mit Antigenen, welche nicht selbst bereitet worden waren, schlechtere. So sind die Versuchsergebnisse von Šavnik und Procházka (1), welche mit „Gonargin extra stark" arbeiteten, lange nicht so günstig wie die von Cohn und Gräfenberg (2), welche mit selbst hergestelltem polyvalentem Antigen arbeiteten. Cohn (3) gibt neuerdings an, daß monovalentes Antigen ebensogut zu verwerten ginge. Pellegrini (4), welcher auch teilweise mit Handelsvakzinen als Antigen arbeitete, hatte weniger ermutigende Ergebnisse. In der längeren Aufbewahrung des Antigens scheint in der Tat eine Gefahrquelle für Mißerfolge zu liegen. So weist Tulloch (5) darauf hin, daß die antikomplementären Eigenschaften der Gonokokken

Digitized by Google

mit dem Alter der Kultur wachsen. Buschke und Harry (6) berichteten über die Degenerationserscheinungen von Gonokokken-Kulturen und Gonokokken-Vakzinen. Buschke und Langer (7) beobachteten auch einen geringeren therapeutischen Effekt mit abgelagerten Vakzinen. Hiermit steht in Übereinstimmung, daß die Autovakzination im großen ganzen höher eingeschätzt wird wie die Vakzination mit den käuflichen Kulturaufschwemmungen. So legt denn Tulloch (8) auch besonderen Wert auf die Verwendung junger Kulturen. Auch von Torrey und Buckel (9) wird die Unbeständigkeit aller Gonokokken-Antigene hervorgehoben. Ob es gelingt, durch eine besondere Abtötungsart, z. B. nach dem Vorschlag von Bruck (10) mit Urotropin das Altern auch für die serologischen Zwecke hintanzuhalten, erscheint fraglich. Die Berichte bei Verwendung von selbsthergestellten Antigenen sind jedoch in vielen Fällen sehr ermutigend. Hierfür seien z. B. angeführt: Kloeppel (11), Rubinstein (12), Osmond (13), Torrey (14), Lombardo (15), Cook und Stafford (16), Finkelstein (17) u. a.

Die Technik bei den von mir angestellten Versuchen war folgende:

	1	2	3	Ktr. 1	Ktr. 2
Serum	0,25	0,25	0,25	0,25	0,125
Antigen 0,25 ccm	1:4	1:9	1:19	—	—
NaCl-Lösung	—	—	—	0,25	0,375

Schütteln, dann 1 Stunde Brutschrankaufenthalt

In jedes Rohr kamen jetzt 1 ccm einer 1% igen Hammelblutkörperchensuspension.

Ablesung nach einer Stunde Brutschrankaufenthalt und nach weiteren 23 Stunden Aufenthalt bei Zimmertemperatur.

Im ganzen wurden nach obiger Technik 319 Sera untersucht. Von diesen seien aus der Betrachtung 39 ausgeschieden, da bei einem Teil die Kontrollen nicht lösten, bei einem anderen Teile sich nicht genügend sichere Daten über die klinische Diagnose gewinnen ließen. 280 Fälle bleiben zur Betrachtung, von diesen lag bei 89 Fällen klinisch eine zur Zeit in Behandlung befindliche Genorrhoe vor, bei 191 ließen sich keine klinischen Zeichen einer Gonorrhoe nachweisen, resp. hervorrufen.

Von den 89 Fällen Gonorrhoe-Kranker reagierten: ++++ 27, +++ 10, ++ 12, + 5 Fälle. Negativ waren 35 Fälle. Unter den Gonorrhoepositiven war die WR ++++ 6, +++ 0, ++ 2, + 1 mal. Im ganzen lag 9 mal eine seropositive Lues vor. Unter Einbeziehung der +-Ausschläge hat die Reaktion in 60% richtig angezeigt und in 40% der Fälle versagt. In 9% der positiven Fälle lag eine positive Lues vor, von den negativ reagierenden Gonorrhoe-Kranken hatten 3 eine seropositive Lues, d. h. etwa 10%.

Von den 191 Fällen ohne klinische Gonorrhoe reagierten: ++++ 37, +++ 17, ++ 22, + 29, d. h. 105 Fälle oder 55% positiv. Die restlichen 89 reagierten negativ. Bei den positiven Fällen war die WR: ++++ 36, +++ 3, ++ 4, + 0 mal. Mithin betrafen 43 = 42% der unspezifischen Ausschläge seropositive Lues.

Digitized by Google

Würde man den Vergleich nicht mit der WR anstellen, sondern gegenüber der empfindlichen BRUCKschen Reaktion auf Lues, so würden die Ziffern noch weitere 10% sich zu ungunsten der Gonorrhoereaktion verschieben. Unter den negativ mit dem SCHERINGschen Antigen reagierenden Fällen, 89 an Zahl, welche klinisch keine Gonorrhoe hatten, reagierten 32 nach WR positiv, d. h. 37%.

Da also von 159 Ausschlägen 105 unspezifisch waren, ferner die Reaktion in 40% der Fälle versagte, ist dieselbe als unbrauchbar zu bezeichnen. Zahlreiche starke Ausschläge bei negativer WR waren zu beobachten, ebenso wie negative Ausschläge bei stark positiver WR. Da es sich bei diesen Ergebnissen erübrigt, auf Art und Stadium der gonorrhoischen Erkrankung einzugehen, sei hier nichts Genaueres über die Versager ausgesagt. Die große Zahl der unspezifischen Ausschläge allein genügt, um zu zeigen, daß — die theoretische Möglichkeit einer Serodiagnostik auf Gonorrhoe vorausgesetzt — in dem Antigen auch unspezifische Komponenten vertreten sind, und daß bei der angewandten aktiven Technik diese Komponenten zu stark zur Wirkung gelangen.

Bei kleineren Versuchsserien mit dem gleichen Antigen wurden die Versuchsbedingungen verschiedentlich geändert, doch waren die Ergebnisse, soweit hier die geringe Versuchszahl Schlüsse zuläßt, keine wesentlich anderen. Sicher ist, daß die Ausschläge nicht mit der WR mitgehen, sondern mit der Gonorhoe in Zusammenhang stehen. Die sogenannten unspezifischen Ausschläge können natürlich nicht restlos bewertet werden, da das Versagen aller klinischen Nachweismethoden und der Provokationsmethoden noch nicht absolut gegen Vorliegen einer Gonorrhoe spricht. Hat sich doch bei der WR herausgestellt, daß der Maßstab für die Heilung der Lues eher in der Serologie zu suchen ist als in der Klinik. Die große Zahl der Versager jedoch spricht gegen die verwandte Technik und gegen das verwandte Antigen. Hiermit ist auch die Richtung für weitere Versuche angegeben.

Literatur

1. P. ŠAVNIK und K. PROCHÁZKA, Acta dermato-venerol.. Bd. 4, H. 2, S. 316—338. — 2. A. COHN und E. GRÄFENBERG, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., Bd. 104, H. 1/2, S. 128 bis 144. — 3. A. COHN, M. Kl., Jahrg. 21, 1925, Nr. 31, S. 1159. — 4. L. PELLEGRINI, Poliklinica sez. Prat., Jahrg. 32, 1925, H. 7, S. 233—237. — 5. W. I. TULLOCH, Brit. Journ. of Ven. Dis., 1925. Bd. 1, Nr. 1, S. 31—39. — 6. BUSCHKE und F. HARRY, D. m. W., Jahrg. 48, Nr. 32, S. 1008. — 7. A. BUSCHKE und E. LANGER, Kl. W., Jahrg. 1, Nr. 3, S. 122—124. — 8. W. I. TULLOCH, J. of the roy. army med. corps., Bd. 40, Nr. 1, S. 12 bis 24, u. 98—113. — 9. JOHN C. TORREY, und GEORGE T. BUCKEL, J. of immun., Bd. 7, Nr. 4, S. 305—359. — 10. C. BRUCK, Kl. W., Jahrg. 2, 1923, Nr. 22, S .1020. — 11. F. W. KLOEPPEL, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 147, H. 3, S. 477. — 12. M. RUBINSTEIN und M. GAURAN, Compt. rend. des seances de la soc. de biol., Bd. 98, Nr. 30, S. 893 bis 895. — 13. T. E. OSMOND, Lancet, Bd. 202, Nr. 23, S. 1143. — 14. JOHN C. TORREY, M. A. WILSON und GEORGE T. BUCKEL, J. of Inf. Dis., 1922, Bd. 31, Nr. 2, S. 148—158. — 15. LOMBARDO, Sebastino, Rass. internaz. di clin. e terapia, Jahrg. 6, 1925, Nr. 8. S. 505. — 16. M. W. COOK und D. D. STRAFFORD, J. of Infect. Dis., 1921, Bd. 29, Nr. 6, S. 561. — 17. I. A. FINKELSTEIN, Venerol. u. Dermatol., Jahrg. 1924, Nr. 1, S. 76—89.

Digitized by Google

Aus der Abteilung für soziale Venerologie des Staatlichen Dermato-Venerologischen Instituts (Glawtsche-Institut) in Odessa (Leiter der Abteilung und Direktor des Institutes: Dr. M. Choroschin)

Persönliche Prophylaxe venerischer Krankheiten nach zweijährigen Erfahrungen in der Prophylaxestation in Odessa[1])

Von

Dr. L. Faingold und Dr. N. Kalsada

Die ungeheure Verbreitung der venerischen Krankheiten während des letzten internationalen Krieges veranlaßte alle Länder Europas zu energischen prophylaktischen Maßnahmen allgemeiner und persönlicher Art. Was die individuelle Prophylaxe anbelangt, so betraf sie vor allem das Militär. Da aber diese Art persönlicher Prophylaxe, infolge Unkenntnis von seiten der Soldaten beim Gebrauche der ihnen verabfolgten Hilfsmittel keinen Erfolg hatte und nicht zur Verminderung der venerischen Krankheiten führte, so wurde sie bald durch Errichtung von Hilfsstationen mit geschultem Personal zunächst für das Militär, dann für die Zivilbevölkerung ersetzt. Diese Stationen in der französischen Armee, wie auch im Pariser Hotel Dieu und Broca für die Zivilbevölkerung eröffneten Stätten wurden aber schlecht besucht, und die letzteren wurden deshalb geschlossen [Faivre (1)]. In Zürich waren die Erfolge bis 1921 sehr mäßige; im ganzen 10—15 Besuche während eines Monats [Jeanselme (2)].

Dagegen wurden die in Manchester (England) eingerichteten Desinfektionsstuben während $1^1/_2$ Jahren vom 7. Januar 1921 bis 30. Juni 1922 von 11782 Personen in Anspruch genommen [Breger (3)]. Doch wurden sie aus religiösen Motiven geschlossen. Mit Erfolg arbeiteten die prophylaktischen Stellen in der amerikanischen Armee, welche während des letzten Krieges in Frankreich weilte. Guten Erfolg konnten auch die Prophylaxestationen Deutschlands verzeichnen. In den Berliner Rettungsstellen wurden vom 1. Januar 1926 bis zum 31. März 1926 insgesamt 8985, in Wiesbaden seit der Eröffnung der Station (19. Juni 1926) bis 13. September 1926 — 462 Personen desinfiziert (4). Wie bekannt, wurden die Prophylaxestätten auf Vorschlag von Prof. Blaschko (5) eröffnet, der im Jahre 1921 auf der Konferenz der D.G.B.G. sich als eifriger Anhänger der Organisation solcher Institutionen zeigte.

Wir betrachten die persönliche Prophylaye venerischer Krankheiten, wenn sie richtig organisiert ist, als einen Teil der allgemeinen Prophylaxe und glauben, daß die erstere mit der Heilung venerischer Krankheiten Hand in Hand gehen muß. Prof. Semaschko (6) will in der Propaganda der geschlechtlichen Enthaltsamkeit das Hauptziel der kulturellen Tätigkeit sehen, verzichtet aber auch auf die weitere wissenschaftliche Durcharbeitung der Methoden der Verhütung und abortiven Behandlung der venerischen Krankheiten nicht. Wenn, nach Semaschko, nicht die persönliche, sondern die soziale Prophylaxe die Menschheit von der venerischen Geißel befreien wird, so ist doch die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen persönlicher Prophylaxe nicht von der Hand zu weisen.

Dieser Standpunkt war auch auf dem 1. Allrussischen Venerologischen Kongreß (7) in Moskau 1923 vertreten. Dort wurde nur der Prophylaxe unter den organisierten Bevölkerungsgruppen (Militär, Schiffskommando, Kursanten usw.) eine Bedeutung zuerkannt und der Wunsch ausgesprochen, daß in Anbetracht der Erfolge der westeuropäischen Prophylaxestationen und deren erzieherisch-hygienischen Bedeutung versuchsweise mehrere solcher Einrichtungen gegründet werden sollten. Diesen Wunsch erfüllend, wurde eine Stelle erster antivenerischer Hilfe an dem Dermato-Venerologischen Glawtsche Staatsinstitut zu Odessa am 3. Februar 1925 errichtet. Sprechstunden von

[1]) Abgekürzte Mitteilung nach einem in der Sitzung der Odessaer Dermatologischen Gesellschaft vom 23. Februar 1927 gehaltenen Vortrage.

Digitized by Google

8 Uhr abends bis 8 Uhr morgens, kostenfrei und anonym. Prophylaktische Maßnahmen für Männer: Abwaschen der Genitalien mit Seife und warmem Wasser, Eintröpfeln in die Urethra 10%ige Albargin- oder 20%ige Protargolglyzerinlösung, Einreiben der Genitalien und anliegenden Teile mit Kalomelsalbe, welche in der letzten Zeit durch 2‰iges Sublimat ersetzt wurde. Für Frauen: Abwaschen der äußeren Genitalien mit Seife und warmem Wasser, sorgfältiges Abwaschen mit Seifentampons unter Kontrolle des Vaginalspiegels des Scheidengewölbes und der Vagina, Ausspritzen der letzteren zunächst mit 2 Liter Seifenlösung, dann mit 2 Liter 1‰igem Sublimat, Einschmieren der Vagina mit 30%igem Ichthyolglyzerin, Überlassen in der letzteren eines Ichthyolglyzerintampons, Eintröpfeln in die Urethra 2—3 Tropfen 10%igem Albargin oder 20%iger Protargolglyzerinlösung, Einreiben der äußeren Genitalien und naheliegenden Teile während 5—8 Minuten mit Kalomelsalbe. Im ganzen wurden auf dieser Station während der 2 Jahre vom 3. Februar 1925 bis 1. Februar 1927 mit Ausnahme von 1½ Monate der Remontezeit — 2850 Personen desinfiziert (2800 Männer und 50 Frauen). Alle machten 7561 Besuche, was im Durchschnitt 11,2 Besuche (4,2 für Erstbesucher und 7,0 für Wiederholtbesucher) pro Tag ausmacht.

Für das Jahr 1925 sind 1273 Erstbesucher (darunter 27 Frauen) und 1273 Wiederholtbesucher (darunter 4 Frauen) zu verzeichnen. Die Durchschnittsziffer pro Tag für das Jahr 1925 ist 7,9. Im Jahre 1926 waren 1577 Erstbesucher (23 Frauen) und 3438 (1 Frau) Wiederholtbesucher. Die Durchschnittsziffer pro Tag für das Jahr 1926 ist 12,7. Also: während die Zahl der Erstbesucher im Jahre 1926 die Zahl derselben im Jahre 1925 um 304 übertrifft, geschieht dieses für die Wiederholtbesucher in höherem Maße, und zwar mehr als 2½mal.

Die Hauptmasse der Besucher bestand aus Ortsansässigen, und nur 10% waren Zugereiste. Vorwiegend waren es junge Leute im Alter von 21—25 Jahren (38,9% Erstbesucher und 44,8% Wiederholtbesucher), dann Jugendliche im Alter von 18—20 Jahren (30,6% Erst- und 33,4% Wiederholtbesucher), ferner solche im Alter von 15—17 Jahren (5,2% Erst- und 6,1% Wiederholtbesucher).

Die jüdische Jugend gibt die Mehrzahl der Besucher (64,4% Erst- und 83,2% Wiederholtbesucher) ab. Diese Zahlen entsprechen der Statistik des Glawtsche-Institutes, laut welcher die Zahl der venerisch erkrankten Juden in Odessa im Jahre 1925—1926 absolut und relativ niedriger als die der Russen ist.

In bezug auf den Bildungszustand sind folgende Zahlen zu verzeichnen: mit höherer Bildung 4,6%, mit mittlerer 47,8%, mit schwacher 38%, mit „nur Schreiben und Lesen“ 7,7%, ohne jede Bildung 1,6%. Laut der oben erwähnten Statistik des Glawtsche-Institutes gehört die Hälfte der venerisch Erkrankten im Jahre 1925—1926 den letzten zu.

Die Mehrzahl der Besucher fällt auf die unverheiratete Jugend: 88,9% Erst- und 95,8% Wiederholtbesucher. Der verheiratete Teil stellt die Minderzahl (9,9% und 4%) dar.

Die arbeitende Klasse (Arbeiter, Angestellte, Bauern, Soldaten usw.) bilden den Hauptkern der Besucher — 97%.

Die Rolle der Prostitution ist bedeutend: 70% verkehrten mit Prostituierten. 23,4% mit zufällig bekannten Frauen, welche als nicht unerhebliche Ansteckungsquelle angesehen werden müssen.

In bezug auf prophylaktisch-hygienische Maßnahmen zeigten unsere Patienten Leichtsinnigkeit und Unwissenheit. Wenn viele auch den Kondom kannten, so gebrauchten sie ihn doch nicht aus Nachlässigkeit, Mangel an Geld, wegen Unbequemlichkeit usw.

52,5% aller Besucher eilten auf die prophylaktische Station während der ersten halben Stunde nach dem Verkehr und 43,5% während den folgenden 2½ Stunden.

Von den sich der Prophylaxestation Bedienenden, standen nur 10% unter dem Einfluß des Alkohols, was selbstverständlich ist, denn ein Betrunkener wird an prophylaktische Maßnahmen nicht denken.

31% derjenigen, die sich an unsere Stätte wandten, hatten schon einmal eine venerische Krankheit. Von diesen Besuchern hatten Gonorrhoe 87,3%, weichen Schanker 5,4%, Syphilis 2,5%, mehrere venerische Krankheiten 4,8%.

Um mögliche Fälle von Ansteckung (trotz des Besuches des Prophylaktoriums) zu entdecken, wandten wir uns zweimal an die leitenden Ärzte aller venerologischen Dispensäres und venerologischen Abteilungen der Polikliniken und Krankenhäuser, auch an Privatspezialisten der Stadt Odessa mit der Bitte, von jedem solchen Fall uns mitzuteilen.

Digitized by Google

Im ganzen gelang es uns, 9 Personen, welche trotz des Besuches unseres Prophylaktoriums sich angesteckt hatten (7 mit Gonorrhoe und 2 mit gemischtem Schanker) herauszufinden.

Eine Gruppe beständiger Besucher, welche auf der Prophylaxestation sich bildete, half uns nicht unwesentlich die Tätigkeitserfolge der letzteren abzuschätzen.

Diese Gruppe nahm regelmäßig die Prophylaxestation in Anspruch und konnte sich keinen Verkehr ohne folgende Desinfektion denken. Sie bestand aus 125 (4,4%) Personen, welche während 2 Jahren 2178 Besuche (29%) machten.

Wenn wir diese Gruppe, welche in der Mehrzahl aus jungen Leuten im Alter von 18—25 Jahren bestand, analysieren, so konstatieren wir, daß trotz der langen Beobachtungszeit (durchschnittlich 11,5 Monate) und bedeutenden Verkehrszahl (durchschnittlich 17,5 mal auf einen Besucher, einige verkehrten bis 37 mal), keiner von dieser Gruppe (einen ausgenommen) sich infizierte.

Bezüglich eines Teils dieser beständigen Gruppe, und zwar einer Gruppe von 15 bis 17jährigen, ist zu betonen, daß er eine Tendenz zur Verminderung (4,7%) im Vergleich zu den Erstbesuchern (5,2%) und zur allgemeinen Zahl der Wiederholtbesucher (6,1%) desselben Alters zeigte, womit die Besorgnis, daß die Anwesenheit dieser Prophylaxestation zur Verführung dieser jungen Gruppe beitragen könnte, beseitigt wird.

Die Zahl der Verheirateten fiel von 10% in der allgemeinen Gruppe der Erstbesucher auf 4,5% in der beständigen Gruppe ab, was auch für die Abwesenheit einer negativen Wirkung auf die letztere spricht.

Außer dieser beständigen Gruppe kommt noch eine kleine Gruppe von 6 jungen Leuten — Arbeitern im Alter von 16—17 Jahren —, welche zum erstenmal in der Hoffnung auf die Hilfe des Prophylaktoriums verkehrte, in Betracht. Diese Gruppe nahm 29 mal unsere Hilfe in Anspruch, blieb 7,3 Monate unter Beobachtung und zeigte keine Ansteckung.

Es ist weiter das Verhalten einer Gruppe von 120 Personen während der Remontezeit von $1^1/_2$ Monat, während welcher das Prophylaktorium geschlossen war, bemerkenswert. Das Befragen dieser Gruppe hat gezeigt, daß 40 Personen (33,4%) aus Furcht vor Ansteckung keinen Verkehr hatten, 52 (43,3%) prophylaktische Maßnahmen vor, während und nach dem Verkehr mit Prostituierten trafen (Kondoms, Urinlassen, Abwaschen der Genitalien mit verschiedenen Lösungen) und nur 28 Personen (23,3%) mit Prostituierten und bekannten Frauen ohne jede Maßnahme verkehrten, während früher 91% dieser Gruppe keine Vorsichtsmaßregeln trafen. Diese Tatsache kann vielleicht als Beweis der erzieherischen Wirkung des Prophylaktoriums dienen.

Die sanitäre Aufklärungstätigkeit sollte nicht nur das Ziel haben, den Besuchern den Sinn und die Bedeutung der vorzunehmenden Maßnahmen zu erläutern, sondern sie auch über den Gebrauch von prophylaktischen Maßnahmen vor dem Verkehr zu belehren. Gleichzeitig sollte eingeschärft werden, daß alle vorgenommenen Maßnahmen keine absolute Sicherung bieten und daß nur die geschlechtliche Enthaltsamkeit bis zur Eheschließung solche Sicherung geben kann. Die Befürchtung, daß die Prophylaxestation zu frühem geschlechtlichem Verkehr führen würde, hat sich nicht gerechtfertigt, da die jüngste Gruppe (15—17jährige) in geringer Zahl repräsentiert ist und nur 6 Personen im Alter von 16—17 Jahren den Geschlechtsverkehr mit der Hoffnung auf unsere Hilfe angefangen haben.

Literatur

1. Faivre, zit. nach Jeanselme, La Syphilis, son aspect pathologique et social. 1925, S. 363. — 2. Jeanselme, ebenda. — 3. Berger, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in England. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1925, Nr. 2. — 4. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh. Ausschußsitzung und Jahresversammlung der D.G.B.G., 1926, Nr. 10. — 5. Blaschko, Hygiene der Geschlechtskrankheiten, Leipzig, 1920. — 6. Semaschko, Maßnahmen des Kommissariats für das Gesundheitswesen zur persönlichen Prophylaxe. Die Geschlechtsfrage im Lichte der Wissenschaft, 1926. — 7. Arbeiten des 1. Allrussischen Kongresses in Moskau, 1923.

Digitized by Google

RESEARCH LABORATORIES REMOVED

Versammlungen

18. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft in Wiesbaden 28.—30. April 1927

Dietlen, Homburg-Saar: **Bedeutung der Röntgenuntersuchungen von Lunge und Mediastinum für die innere Medizin.** Die Gegenüberstellung Röntgenbefund klinischer Befund ist unberechtigt. In der Verbindung des Röntgenbefundes mit den klinischen Ergebnissen liegen die letzten diagnostischen Möglichkeiten. Dem seltenen, technisch und röntgenphysikalisch bedingten negativen Röntgenbefund steht das „Zuviel" der Röntgenuntersuchung gegenüber, welches wir als „Krankheitsarchiv" zu erkennen häufig imstande sind. Paradigma isolierter Veränderungen des Gefäßsystems im Röntgenbild ist die Stauungslunge, welche sich darin am ersten verrät. Am Bronchialsystem ist für diffuse, zylindrische Bronchiektasen das Röntgenbild einigermaßen charakteristisch und gestattet so die Unterscheidung von einfacher Blennorrhoe. Für die röntgennegativen Fälle von Bronchiektasen kommt die Bronchographie in Anwendung. Beispiel reiner Lymphsystemerkrankung der Lunge ist die Lymphangitis carcinomatosa, weitgehend ähnliche Bilder zeigt die beginnende Pneumokoniose. Bei der Pneumonie, einer rein parenchymatösen Lungenkrankheit, hat die Röntgenuntersuchung wertvolle Aufschlüsse über Art der Ausbreitung und Rückbildung gebracht. Besonders wertvoll ist die Erkennung der zentralen Pneumonie, sowie die Beobachtung atypischer Ausgänge in Abszedierung, Gangrän und chronische Pneumonie, welch letztere ganz und gar unter dem Gesamtbilde des Lungenkrebses verlaufen kann. Das Röntgenbild des Lungenkrebses ist nicht eindeutig aus seinem aggressiv-expansiven Wachstum zu diagnostizieren, im Gegensatz zu den metastatischen Lungengeschwülsten. Neuere Forschungen betreffen die Syphilis der Lunge. Nach der anatomischen Häufigkeit sollte man die Röntgendiagnose: Lungensyphilis öfter erwarten. Sie ist wohl häufig zu vermuten, doch auf diese Weise nicht sicher zu stellen. Jedenfalls gibt es, außer etwa der Lieblingslokalisation im Mittellappen (Schröder), keinen einigermaßen typischen, formalen Ausdruck im Röntgenbild, besonders nicht gegenüber der Tuberkulose. Man hat eine chronische Form mit scharfen Schattendreiecken von einer mehr miliaren, im Röntgenbild kleinfleckigen Form unterschieden. Schließlich kennt man noch die knotig-gummöse Lungensyphilis, deren Röntgenbefunde sich jedoch noch widersprechend gegenüberstehen. Im Röntgenbild des Syphilitikers sieht man öfters unregelmäßige, pflastersteinähnliche Gebilde, welche sich auf spezifische Behandlung nicht zurückbilden. Andererseits machen epituberkulöse Prozesse im Röntgenbild Erscheinungen, die auf spezifische Behandlung hin verschwinden. So ist die auf Beobachtung rascher Rückbildung eines verdächtigen Befundes unter spezifischer Behandlung sich stützende Diagnose „ex juvantibus" nur vorsichtig verwertbar. Bei den auf luetischer Gefäßerkrankung (Aortenaneurysma) beruhenden Stauungserscheinungen, kommen auch solche unspezifischer Art gegenüber Lungensyphilis in Frage. Bei letzterer kann als charakteristisches Zeichen gelten, daß bei ihr die Pleura stark in Mitleidenschaft gezogen wird. Besonders wichtig ist die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Tuberkulose, da beide häufig zusammen vorkommen.

Assmann-Leipzig: **Was muß jeder, der Röntgenuntersuchungen macht, von der normalen Lungenzeichnung wissen?** Die normale Lungenzeichnung wird von den Gefäßen und Bronchien gebildet. Die Schatten sind im wesentlichen der Ausdruck der Blutgefäße, insbesondere der Arterien. Im Gegensatz dazu machen die Bronchien helle Bänder, nicht Schatten. Die Lymphdrüsen haben an der Zeichnung des Bildes normalerweise überhaupt keinen Anteil. Im Hilusschatten liegen seitlich von den Bronchien die Arterien. Oft ist eine ätiologische Diagnose auf Grund des Röntgenbildes allein unmöglich. Diese steht im Zusammenhang mit dem klinischen Befund dem behandelnden Arzte zu. Wichtig ist noch, daß sich Bronchostenosen nicht nur beim Bronchokarzinom und beim Einbruch von Drüsen, sondern auch bei Lues herausbilden können. Das Bronchialkarzinom zeichnet sich durch interkostale Verengerung und Zurückbleiben der befallenen Seite bei der Atmung aus. Mit dem Hiluskarzinom, der Tuberkulose, aber auch der Lymphogranulomatose teilt die Lues das Aussenden fingerförmiger Schattenausläufer in das Lungenparenchym.

Hänisch-Hamburg: **Die Bedeutung der Untersuchungstechnik für die Röntgendiagnose der Erkrankung des Mediastinums und der Lunge.**

Digitized by Google

Lorey-Hamburg: **Über die Kontrastfüllung der Bronchien mit Lipiojodol und Jodipin.** Gegenüber den bisherigen Methoden der Kontrastfüllung, welche nicht nur gewisse Gefahrenmomente in sich bargen, sondern auch nur gestatteten, vermittelst der Wismutfüllung bei der Bronchoskopie ganz bestimmte Lungenteile darzustellen, verwendet Ref. einen dünnen, mit einer Metallolive beschwerten Gummischlauch, den er nach Anästhesie durch Lagewechsel in die Bronchien der erwünschten Partien dirigiert. Diese einfache Technik gibt ihm die Möglichkeit, gewisse Bronchienbezirke allein mit dem Kontrastöl zu füllen. Die Röntgenuntersuchungen zeigten, daß normalerweise eine Peristaltik der Bronchien besteht, welche das Jodöl bei guter Anästhesie wenigstens im Liegen ohne Husten bis zum Rachen befördert. Bei weniger tiefer Anästhesie bewirken, sobald das Jodöl in die Gegend der Bifurkation kommt, Hustenstöße die Ausstoßung. Ist die Peristaltik durch Bronchialwanderkrankung gestört, so kann das Kontrastöl monatelang liegenbleiben, ebenso wie in den normalen Alveolen, denen die Muskulatur fehlt. Neben Jodismus, welcher durch das verschluckte Jodöl hervorgerufen wird, besteht bei eben erst abgeklungenen pneumonischen Prozessen die Gefahr des Wiederaufflackerns, bei Tuberkulose die der Verschleppung durch Aspiration. Das Hauptanwendungsgebiet der Bronchographie bilden die Bronchiektasen.

Groedel-Nauheim: **Die Röntgensymptome syphilitischer Erkrankungen der Viszeralorgane.** Wir können die Syphilis der Viszeralorgane erkennen: 1. auf Grund charakteristischer Röntgensymptome; 2. aus weniger charakteristischen Röntgenerscheinungen in Verbindung mit positiver WR; 3. evtl. aus dem Erfolg der Therapie. Bei der Röntgenuntersuchung anläßlich luesverdächtiger, viszeraler Störungen, darf man die Thoraxorgane, insbesondere Herz und Gefäße, nicht vernachlässigen. Die Lungenlues teilt Redner ein in die interstitielle, die zirrhotische und die gummöse Form. Auch sah er Asthma, welches sich auf Grund erfolgreicher spezifischer Therapie als luetisch erwies. Wichtiger ist die Möglichkeit, die Sklerose der Aorta, charakterisiert durch den scharf vorspringenden Arcus aortae, von der Aortitis specifica unterscheiden zu können, welche zwar auch die gleichmäßig verbreiterte Schattenbildung, jedoch nicht das scharfe Vorspringen des Aortenknopfes aufweist. An Hand solcher auf Lues hinweisender Röntgenbefunde gelingt es nicht selten, den Verdacht auf Syphilis der Viszeralorgane zu verifizieren. Redner zeigt Magenbilder, welche sich lediglich im Sinne einer Exzidationsneurose deuten ließen, deren syphilitischer Charakter sich jedoch durch die vorerwähnte röntgenologische Untersuchung von Herz und Gefäßen offenbarte. In einem Falle von Magentumor mußte auf Grund des Röntgenbefundes die Diagnose Karzinom gestellt werden. Allein der röntgenologische Herzbefund veranlaßte die Wassermann-Untersuchung, deren positives Resultat den Versuch spezifischer Therapie vor der Operation rechtfertigte. Eine kombinierte Quecksilber-Salvarsanspritze genügte, die Röntgenerscheinungen zur Rückbildung zu bringen, die dann nach Abschluß der Kur vollständig normalen Verhältnissen Platz gemacht hatten. Die Darmsyphilis geht röntgenologisch mit Erscheinungen irritativen Charakters und unter Obstruktionsformen einher.

Herman-Subotica: **Über Magenlues** (Vortrag wurde nicht gehalten).

Hilbert-Ludwigshafen: **Das Pneumorelief des Magens.** Nach Darreichung einer Kontrastpaste mit einem Gehalt von 20 g Bariumsulfat, welche durch Massage im Magen verteilt wird und Aufblähung durch die Magensonde tritt das Relief der Magenschleimhaut im Röntgenbilde plastisch hervor. Auf Grund des Reliefbefundes wurde in einem Fall die Diagnose Karzinom gestellt, wogegen sich bei der Operation ein großes unregelmäßig gezacktes Ulkus fand, in dem Spirochäten nachgewiesen werden konnten.

Aus der Diskussion: Haudek fragt Grödel, ob es im Bereiche des Magens, des Herzens oder der Aorta irgend ein für Lues spezifisches Erkennungszeichen gäbe. Sitzt die Lues, gemäß anotomischen Angaben, etwa mehr im proximalen Teile der Aorta? Redner habe selbst demonstriert, wie ähnlich die Verhältnisse bei Magenlues und Karzinom sein können. Anders freilich sind sie zu beurteilen, wenn normale Säurewerte vorhanden sind.

Nägeli bestreitet die Sicherheit der Grödelschen Ausführungen über Lues bezüglich der Lunge.

Grödel weist auf die Notwendigkeit des Zusammenhangs des klinischen und röntgenologischen Befundes hin und betont erneut das für Lues Charakteristische der Aortenverbreiterung ohne Vorspringen des Arkus.

Denecke demonstriert sichere Fälle von Magenlues. Beweisend gegen Karzinom sieht Redner an: Jugendliches Alter, Hyperazidität und Fehlen von Blut im Stuhl.

Digitized by Google

Friedrich-Berlin: **Physikalische Grundlagen der Radiumtherapie.** Die Röntgenstrahlen sind ausschließlich elektromagnetische Schwingungen. Das Radium enthält auch korpuskuläre Strahlen, α- und β-Strahlen. Die α-Strahlen sind die Strahlen der Heliumkerne und die Kanalstrahlen der Röntgenröhre. Ihre Größe vermindert ihre Reichweite und sie treffen auch leicht auf Atome, wie in dem bekannten Nebelversuch darstellbar. β-Strahlen sind korpuskuläre Strahlen mit negativem Vorzeichen (Kathodenstrahlen). Die Geschwindigkeit ist bei manchen dieser β-Strahlen fast so groß wie die Lichtgeschwindigkeit. Die γ-Strahlen des Radiums entsprechen den Röntgenstrahlen und besitzen bisweilen noch eine größere Wellenlänge als diese. Bei der Erzeugung von Röntgenstrahlen in den gashaltigen Röntgenröhren entstehen Röntgenstrahlen neben vielen α-(Kanal)- und β-(Kathoden-)Strahlen. Unter den radioaktiven Substanzen kennen wir solche, die nur α-Strahlen, solche, die nur β-Strahlen und endlich solche, die diese 3 Strahlenarten gemischt aussenden: Uran X1, bzw. Thorium C oder Radium C. Bei den Röntgenstrahlen spielen sich die Erzeugungsvorgänge in den äußeren Atomschichten ab, bei den Radiumstrahlen sendet erst der Kern des zerfallenden Atoms den γ-Strahl aus. Die Radiumpräparate befinden sich in einem radioaktiven Gleichgewicht. Die größte Bedeutung für die medizinische Anwendung hat das Radium C. Die α-Strahlen der Rediumemanation (Radon) zu gewinnen, welche besonders in Amerika verwandt wird, bedarf es einer Radiummenge von wenigstens 1 g Radium. Mesothorium I spaltet einen β-Strahl ab, wodurch das Mesothorium II entsteht, durch Abspaltung eines β- und γ-Strahles entsteht Radiothor, durch weitere Abspaltung je eines α-Strahles Thorim X, Thoriumemanation, Thorium A, Thorium B, durch Abspaltung eines β- und γ-Strahles Thorium C1, welches sich durch Abgabe eines α-Strahles in das nichtleuchtende Thorium D verwandelt. Bezüglich der Dosimetrie werden die α-Strahlenmeßmethoden übergangen und kurz darauf hingewiesen, daß Thorium X intratumoral eingespritzt wird. Die β-Strahlen des Radium C, und Mesothorium C sucht man durch Filter meist zu eliminieren. Über die Messung der β-Strahlen ist noch wenig gearbeitet. Man konnte wahrnehmen, daß die biologische Wirkung der Ionisation fast parallel geht. Bei der Messung der γ-Strahlen kommt die Ionisationsmethode in Betracht. Spektralanalytische Messungen, welche bei den Röntgenstrahlen wertvoll sind, kommen bei den Radiumstrahlen nicht in Frage wegen ihrer kurzen Wellenlänge, da sie keine photographische Wirkung zur Darstellung des Spektrogramms mehr besitzen. Die Ionisationskammern für Radium müssen sehr klein sein. Um Röntgenstrahlen von der Härte der γ-Strahlen des Radiums zu erzeugen, bedarf es einer Spannung von 1 Million Volt. Wollte man die Ionisationskammern für Röntgenstrahlen bei der Messung der γ-Strahlen verwenden, so würden sich ganz verschiedene Zahlen ergeben, da die Dosis innerhalb des Meßgerätes selbst ganz verschieden ist, indem der Prozentsatz in 1 cm Tiefe bereits auf 22%, in 6 cm Tiefe auf 1% der Oberflächenstrahlung herabsinkt. Praktisch hat man nach Milligrammelementstunden dosiert, doch wird dabei die Form der Radiumträger, welcher von großer Bedeutung besonders bei geringerer Länge ist, nicht berücksichtigt. Hier sind die Isodosenkurven geeignet, anzugeben, wieviel den Geweben in bestimmten Abschnitten von Zentimeter zu Zentimeter an Strahlung zugeführt wird, wenn nur der Abschwächungskoeffizient des Präparates erstmals festgelegt wurde. Bei größeren zur Verfügung stehenden Radiummengen hat man Fernbestrahlungen durchgeführt. Ref. demonstriert ein Bestrahlungsgerät, welches, helmartig geformt, gestattet, von 13 Stellen aus Überkreuzungen der Strahlen im Tumor durchzuführen. Die γ-Strahlen werden von den Atomen absorbiert und bewirken die Aussendung von Streustrahlen; während bei den Röntgenstrahlen die Fluoreszenzstrahlen biologisch fast keine Rolle spielen, macht evtl. die starke β-Sekundärstrahlung eine große biologische Wirkung. Bei der Streustrahlung ist der Komptoneffekt, der die kurzwelligeren Strahlen in langwelligere wandelt, von großer Bedeutung.

Halberstädter-Berlin: **Biologische Grundlagen und intrakorporale Bestrahlung.** (Einlage-, Nadel- und Spickverfahren). 1. Nach Art der Substanz: I. Verhältnismäßig langlebige Substanzen, die während der Behandlungszeit ihre Aktivität praktisch nicht ändern: Radium (2000 Jahre Halbwertszeit), Mesothorium (5,5 Jahre). II. Verhältnismäßig kurzlebige Substanzen, bei denen das Abklingen der Aktivität während der Bestrahlung in Betracht kommt: Radon (3,85 Tage), Thorium X (3,65 Tage), Aktinium X (10,2 Tage). III. Mittelstellung: Radiothor (737 Tage). 2. Nach Art der angewandten Strahlung: A. Reine oder überwiegende γ-Strahlung durch Verwendung von Schwerfiltern entsprechender Dicke, möglich bei Gruppe I und II. B. γ- und β-Strahlenwirkung durch schwächere Filtrierung, ebenfalls bei Gruppe I und II. C. Überwiegende β- und α-Strahlung durch Fortfall der Filtrierung, praktisch nur bei Gruppe II. 3. Nach der Länge der Appli-

Digitized by Google

kationszeit: a. Temporäre Belassung unter Entfernung der strahlenden Körper nach verschieden langer Zeit: I, II, A und B. (Hülle und Vorrichtung zum Wiederentfernen notwendig); b. dauernde Belassung: II, A, B, C. (Jede Form möglich: Lösungen, Aufschwemmungen, Salben, Pulver, zur Injektion oder Einführung von Kapillaren aus Glas und Metall, Stäbchen mit oder ohne Filter, Vorrichtungen zur Entfernung unnötig). Gruppe II ist als die vielseitigere und anpassungsfähigere zu bezeichnen, da jede Verwendungsart der Gruppe I auch bei der Gruppe II möglich ist. Von den biologischen Wirkungen der Radiumstrahlen ist die Störung des Teilungsmechanismus bestrahlter Zellen die wichtigste. Diese Wirkung wird am zweckmäßigsten an isolierten Zellen (Euglena elegans) untersucht, da hierbei Wechselwirkungen, wie sie im Zellverbande stattfinden, ausgeschaltet werden können. Biologisch ist die Radiumbestrahlung von außen der Röntgenbestrahlung gleichzusetzen. Die Einführung der strahlenden Substanzen ins Gewebe schafft besondere Absorptions- und Ausbreitungsverhältnisse der Strahlenintensitäten, die experimentell erfaßt werden können. Histologische Untersuchungen liegen an verschiedenen Geweben nach Einführung radioaktiver Kapillaren, Nadeln und Stäbchen vor, wobei verschiedene Arten der Filterung bis zur reinen γ-Strahlung benutzt wurden. Die grundsätzlichen Veränderungen bestehen in: Nekrose, Hyperämie, Rundzelleninfiltration und Zellteilungsstörungen. Maßgebend für die Ausbreitung der genannten Veränderungen ist, neben der Art des Gewebes die Anfangsaktivität des eingeführten Strahlenkörpers, die Strahlenqualität und die Einwirkungsdauer. Besonders wichtig für praktische Zwecke ist die Ausbreitung der nekrotischen Zone. Für die eigentliche intratumorale Behandlung kommen alle oberflächlich gelegenen, nicht zu ausgedehnten, gut abgrenzbaren Tumoren in Betracht, bei denen es gelingt, unter Leitung des Auges und der Finger eine gleichmäßige Verteilung der Strahlenkörper im ganzen Tumorgebiet vorzunehmen. Hierzu gehören sämtliche in der Haut und im subkutanen Gewebe gelegenen Tumoren einschließlich des Vulvakarzinoms sowie die Karzinome der Mund- und Rachenorgane. Primär- und Rezidivtumoren in der Mamma sind der Behandlung ebenfalls häufig zugänglich. — Am gebräuchlichsten ist die Einführung von Radonkapillaren oder Thor-X-Stäbchen mit oder ohne Goldfilter, die im Tumor liegenbleiben, oder die Anwendung von radium- oder mesothoriumhaltigen Platinnadeln. Die Vorteile der Nacktkapillaren oder Stäbchen sind: sehr kleines Volumen, Fortfall eines stärkeren Reizes in aktivem oder inaktivem Zustand, Möglichkeit gleichmäßiger Verteilung, Fortfall von Befestigungsvorrichtungen. Ein Nachteil ist die auf der β-Strahlung beruhende Nekrose, die sich durch Anwendung von Goldkapillaren vermeiden läßt. Platinnadeln mit Radium oder Mesothorium geben bei einer Wandstärke von 0,5 mm außer der γ-Strahlung nur die härtere β-Strahlung. Der Vorteil ist die weitgehende Einschränkung der Nekrosen durch Fortfall der weichen β-Strahlung; Nachteile sind die Notwendigkeit der Fixierung, größere Unbequemlichkeit während der Behandlung, Möglichkeit des Abbrechens, Notwendigkeit stationärer Behandlung. Praktisch hat sich die Anwendung von 0,5 Milli-Kurie für 1 ccm Tumor bei Verwendung von Nacktstäbchen bzw. Kapillaren am besten bewährt. Bei Goldkapillaren muß die Aktivität auf ca. 1 Milli-Kurie pro Kubikzentimeter erhöht werden.

Dautwitz-Amstetten: **Die äußere Bestrahlung mit Ausschluß der gynäkologischen Erkrankungen.** Von den Hautkrankheiten werden der Klavus, vereinzelte Verrucae, das Angioma prominens des Kindesalters, dessen Operationsrezidive, ebenso die Kavernome bei Kindern und Erwachsenen, selbst inoperable Fälle, als für die äußere Bestrahlung günstig angeführt, ebenso die flachen, dunkelrot gefärbten, röntgenunempfindlichen Angiome und Keloide. Ferner sind die disseminierten, in Narbengewebe eingebetteten Lupusknötchen der Radiumbestrahlung zugänglich. In der inneren Medizin sind es die Krankheiten der blutbildenden Organe, in der Gynäkologie die gutartigen Gebärmutterblutungen, welche auf äußere Radiumbestrahlung gut ansprechen. Von den bösartigen Neubildungen, welche nur inoperabel der äußeren Bestrahlung zugeführt werden sollen, kommen alle von der Haut bis zu retroperitoneal gelegenen Gewebswucherungen in Betracht. Die maligne Struma reagiert primär, ebenso wenn röntgenresistent, sehr oft glänzend auf die äußere Bestrahlung. Röntgenrefraktäre Hautkrebse, ohne Rücksicht auf den Sitz, reagieren selbst als Operationsrezidiv oder bei Befallensein der Lymphdrüsen noch günstig. Rezidive des Brustkrebses sprachen auf äußere radioaktive Bestrahlung noch an, wenn Röntgenstrahlen wirkungslos waren. Das Tonsillenkarzinom, welches für Messer- und Röntgenstrahlen ungünstig ist, ist durch äußere Bestrahlung zusammen mit vom Munde her einwirkenden Strahlenträgern noch manchmal für Jahre niederzuhalten. Ebenso verhält es sich mit den bösartigen Neubildungen der

Digitized by Google

oberen Luftwege und des Verdauungstraktes, ebenso beim Gebärmutterhalskrebs. Kranke mit Rezidiven nach Karzinom der Flexura sigmoidea oder ausgebreiteten retroperitonealen Metastasen bösartiger Hodengeschwülste können durch radioaktive Bestrahlung noch jahrelang am Leben und arbeitsfähig erhalten werden. Unter Radiumbehandlung konnte man das Verschwinden metastatischer Knötchen von Melanosarkom sehen, und auch davon befallene Lymphdrüsen ließen sich so für längere Zeit noch günstig beeinflussen. Krankheiten des Ohres werden im Sinne des Lupus vulgaris und des Hautkrebses behandelt. In der Augenheilkunde ist für die epibulbären Tumoren die Radiumbehandlung die Methode der Wahl. Hervorzuheben ist noch besonders die kosmetisch glänzende Narbenbildung.

Glocker-Stuttgart: **Die Grundgesetze der physikalischen Wirkung von Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge und ihre Beziehung zum biologischen Effekt.** Die bekannte Tatsache, daß Röntgenstrahlen verschiedener Wellenlänge bei gleicher Intensität in verschiedener Weise auf die Ionisationskammer oder auf die photographische Platte oder die Selenzelle oder den Leuchtschirm eines Röntgenphotometers einwirken, kann nunmehr auf Grund neuerer experimenteller Arbeiten unter eine gemeinsame, über Erwarten einfache Formel gebracht werden, in der nur eine für jeden Stoff charakteristische Größe auftritt, welche aus physikalischen Konstanten (Absorptions- und Streukoeffizienten) berechnet werden kann. Durch Vergleich der berechneten und der gemessenen Werte wird die Gültigkeit des angegebenen Gesetzes im einzelnen bewiesen.

Determann-Hamburg: **Die Erythemwirkung verschiedener Strahlenqualitäten.** Mit derselben R-Menge erreicht man immer dieselbe biologische Wirkung, einerlei, ob man harte oder weiche Strahlen verwendet.

Jäckel-Berlin-Lichterfelde: **Die Filterung unsichtbarer Lichtstrahlen und ihre Anwendung für Therapie und Diagnose.** Redner zeigt eine Lampe, konstruiert auf Anregung der Brauerschen Klinik in Hamburg, welche in ihrem Spektrum erstmals dem Sonnenlicht gleicht. Er weist darauf hin, wie sehr unser Fensterglas im Gegensatz zu englischem Vitaglas das Sonnenlicht unphysiologisch beeinträchtigt. So zeigten sich gleichaltrige Schüler, welche sich in Räumen mit gewöhnlichem Fensterglas bzw. Vitaglas aufhielten, in dem Sinne beeinflußt, daß die letzteren nach Ablauf eines Jahres durchgängig schwerer waren als die ersteren. Die eingangs erwähnte Lampe gestattet die Anwendung eines reinen Ultraviolettlichtes durch Vorschaltung geeigneter Filter.

Gassul-Leningrad zeigt an Bildern die frappante Wirkung der Vorschaltung des Dunkelfilters bei der Hanauer Quarzlampe auf die Haut. Effloreszenzen (z. B. von Psoriasis), welche im natürlichen Licht in keiner Weise zu erkennen waren, traten unter dieser Beleuchtung als helle Flecken in bläulichem Felde hervor, und sie verrieten dabei bereits ihre späteren Umrisse. Wichtig ist diese Art der Untersuchung beispielsweise auch zur Erkennung bereits röntgenbestrahlter Gebiete, die etwa normalerweise dem Auge unerkennbar, scharf in ihren Umrissen hervortreten. Erwähnt sei, daß diese Untersuchungsmethode eine erhebliche Bedeutung in der Bakteriologie und der forensischen Medizin zu erlangen imstande war. E. Kottmaier-Mainz.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Der hemmende Einfluß des Thalliums auf den Brunstzyklus der Maus, von A. Buschke, B. Zondek und L. Berman. (Virch.-Krkhs. u. Charité-Frauenkl. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 15, S. 683.) Ausgehend von der schon wiederholt hervorgehobenen Tatsache, daß die Thalliumwirkung wahrscheinlich über das sympathisch-endokrine System geht, wurde versucht, festzustellen, ob durch Thalliumdarreichung an weiße Mäuse der Brunstzyklus derselben, der ja ein exquisiter Indikator für endokrine Veränderungen ist, beeinflußt werden konnte, was bisher sicher und zuverlässig mit keiner Methode

Digitized by Google

gelungen ist. Es ergab sich in der Tat, daß der Ovarialzyklus durch die Thalliumfütterung gehemmt wird, und daß es bei den meisten Tieren während der Fütterung überhaupt nicht zur Brunst kommt. Nach Aufhören der Thalliumfütterung stellt sich in 1—8 Wochen der regelmäßige Zyklus wieder her. Wir besitzen somit im Thallium eine Substanz, die in ganz zuverlässiger Weise den Brunstzyklus zu beeinflussen ermöglicht. Wahrscheinlich ist der Angriffspunkt dieser Störung im Ovarium oder im Hypophysenvorderlappen zu suchen. E. Langer-Berlin.

Die Behandlung der Hautkrankheiten mit intravenösen $CaCl_2$- und NaBr-Injektionen, von A. Okulow. (Kasunski Medicinski Journal, 1927, Nr. 4.) Beide Arten von intravenösen Injektionen sind nur als symptomatische Mittel anzusehen. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Behandlung mit Opsonogen einiger Hautkrankheiten, von J. Liefschütz. (Medicinskoje Obosrenje Nishnejo Powolshja, 1927, Nr. 3/4.) An der unter Leitung von Jordan stehenden Moskauer Hautklinik mit Opsonogen angestellte Versuche ergaben, daß dasselbe ein gutes Heilmittel ist bei verschiedenen eitrigen Prozessen der Haut (Furunkulose, Impetigo, Idradenitis) wie bei impetiginösem Ekzem. Besserungen, zuweilen auch Schwund der Erscheinungen wurden erzielt bei Sycosis simplex und Eczema sycosiforme. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet. A. Jordan-Moskau.

Kritisches und Klinisches zur Eigenbluttherapie nach Vorschütz, von S. Hoffheinz, Chir. Univ.-Kl. Leipzig. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 144, H. 3/4, S. 567.) Verf. hat mit Anwendung von intramuskulär reinjiziertem, unverändertem Eigenblut eine Reihe von Versuchen gemacht, von denen bei chronischen Adnexitiden und Parametriden, chronischen Gelenkentzündungen, Appendizitiden, Anginen, Erysipel u. a., sowie auch als Blutstillungsmittel keine Erfolge gesehen wurden. Gut beeinflußt wurden zwei Fälle blennorrhoischer Gelenkentzündung. Bei postoperativer Pneumonie (26 Fälle) wurde das Fieber regelmäßig beeinflußt, auch Besserung des Allgemeinbefindens und der Expektoration beobachtet, allerdings bei Nebenhergehen der üblichen symptomatischen Therapie. Den Erfolg schreibt Verf. einer unspezifischen Reizwirkung zu. M. Cohn-Dresden.

Die Behandlung akut-eitriger Entzündungen, von H. Smidt-Jena. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 9, S. 323.) Nichts Neues. M. Cohn-Dresden.

The Nature of Shock Symptoms Occassionally Following Drugs or Vaccines (Die Natur der Choksymptome, wie sie gelegentlich auf Chemikalien oder Vakzineinjektionen folgen), von E. F. Müller und C. N. Myers-New York und W. F. Petersen-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 15, S. 1128.) Ausführliche klinische, experimentelle und theoretische Beobachtungen sind in dieser Arbeit niedergelegt unter besonderer Berücksichtigung des sympathischen und parasympathischen Nervensystems. Verff. kommen zu folgenden Schlüssen: Die sogenannte nitritoide Krise ist die Folge einer plötzlichen Reaktion des gesamten inneren Gefäßsystems und sämtlicher innerer Organe. Sie kann auf i. v.-Injektionen von Salvarsanserum, Chemikalien und lebenden Organismen folgen. Diese müssen aber zuvor ins Gewebe eingedrungen sein. Bei Bakterien wirken erst die Endotoxine derart. Es entsteht hochgradige periphere Vasokonstriktion mit gleichzeitiger zentraler Vasodilatation des Splanchnikusgebietes (vermehrte Lymph-, Magensaft- und Säurebildung, Erbrechen). Dabei hochgradige Leukozytose. Die nitritoide Krise ist also eine Reaktion des vegetativen Nervensystems. H. Colman-Berlin.

Über Desitinsalbe, von H. Baer, Univ.-Kinderkl. Würzburg. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 9, S. 326.) Desitinsalbe, angewendet bei 150 Kindern in Fällen von Dermatitis intertriginosa, trockenen und nässenden Ekzemen (die Salbe haftet auch auf feuchtem Grund und wird weder durch Kot noch Urin zersetzt), Impetigo, Pyodermien, Brandwunden und kleinen Wunden gab durchweg gute Erfolge. Bei chronischem trockenem Ekzem wirkt die neuerdings auf Rietschels Veranlassung hergestellte Mischung von 50%igem Steinkohlenteer mit 50%igen Desitin vorzüglich. M. Cohn-Dresden.

Zur Technik der intravenösen Injektion, von V. Nagel-Merseburg. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 770.) Polemik gegen Trommer (M. m. W., 1926, Nr. 43), der für Fortlassen der Stauung eintritt. Verf. hält diese Ansicht für indiskutabel, da sie keine Vorteile bringt, dagegen die Gefahr perivenöser Infiltrierung erhöht. H. Colman-Berlin.

Die Behandlung akut-entzündlicher Prozesse der Haut und ihrer Anhangsgebilde mit Kohlensäureschnee — ihre Entwicklungsgeschichte und ihre Erfolge, von F. Kroh, Chir. Univ.-Kl. Köln. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 144, H. 1, S. 77.) Ausgangspunkt der Untersuchungen war die frühere Beobachtung, daß mit Chloräthyl

Digitized by Google

vereiste und inzidierte Furunkel schneller heilten als in Allgemeinnarkose behandelte. Da bei dieser Methode aber auch sehr viele Mißerfolge zu verzeichnen waren und andererseits auch die verschiedensten Methoden der „Reiztherapie" nicht befriedigten, suchte Verf. nach weiteren Möglichkeiten, akut-infektiöse Prozesse lokal zu beeinflussen. Verf. beobachtete, daß temporäre künstliche Kokainisierung mit ihrer konsekutiven reaktiven Hyperämie das Gewebe schneller zur Einschmelzung und Nekrose brachte. Als praktisch geeignet erwies sich CO_2-Schnee, denn die Wirkung der durch CO_2-Schnee gesetzten Kälteschädigung seien gerade: Ischämie, konsekutive Hyperämie und Nekrose, Umstimmung der Zirkulation. Nach Versuchen am Kaninchenohre und der Schwimmhaut des Frosches erprobte Verf. das Verfahren am Menschen. Behandelt wurden: Furunkel und Karbunkel, auch des Gesichts, Panaritien, Schweißdrüseninfiltrate und -abszesse, akute Lymphangitiden, infizierte Hautwunden nach Traumen, Insektenstich, Operations- und Sektionsverletzungen, Phlegmonen, Mastitis usw. Der Erfolg war stets gut, schnellere Heilung und kosmetische bessere Resultate als bei chirurgischem Vorgehen. Ein Nachteil ist nur die große Schmerzhaftigkeit, die mit Pantopon und Veramon usw. bekämpft werden muß. Nachbehandlung: Ruhigstellung, leichte Hyperämiebehandlung. Eine direkte spezifische Beeinflussung der Infektionserreger, meist Staphylokokken, durch den Kältereiz war nicht zu konstatieren. Verf. sieht daher die Wirkung der CO_2-Schneevereisung als bedingt an durch die lokale temporäre Ischämie und konsekutive Hyperämie und hält auf Grund seines über 100 Fälle zählenden Materials die CO_2-Schneebehandlung akut entzündlicher Prozesse der Haut und ihrer Anhangsgebilde für die Methode der Wahl. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

A Case of Iodism in Which Oedema Glottidis Necessitated Tracheotomy (Ein Fall von Jodvergiftung, bei welchem Glottisödem Tracheotomie nötig machte), von N. W. Snell und L. H. Savin-London. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5406, S. 759.) 62jähr. Pat. Nach insgesamt 25 g Jodkali, die anscheinend innerhalb 24 Stunden (wegen chronischer Bronchitis) genommen wurden, schwere Erscheinungen von Atemnot, ödematöse Schwellung der Rachenschleimhaut, Vergrößerung der Submaxillardrüsen, konjunktivale Suffusion usw., Glottisödem, Tracheotomie. Nach 3 Tagen waren alle bedrohlichen Symptome und Schleimhautschwellungen verschwunden, nach 8 Tagen auch die gleichzeitig vorhanden gewesenen Unterschenkelgeschwüre geheilt. M. Stern-München.

Investigation of Injuries from Hair Dyes, Dyed Furs and Cosmetics (Rundfrage nach Schädigungen durch Haarfärbemittel, Pelze und Kosmetika), von H. N. Cole-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 8, S. 397.) Von 437 Rundfragen bei Ärzten und Spezialärzten wurden nur 62 beantwortet. Trotzdem wurde eine beträchtliche Zahl von Schädigungen angeführt; allein 144 Fälle von Hautschädigungen wurden durch gefärbte Pelze nachgewiesen. F. Rosenthal-Berlin.

Die Pernakrankheit (Chlorakne), von Teleky-Düsseldorf. (Kl. W., 1927, Nr. 18, S. 845 u. Nr. 19, S. 897.) In einem Betriebe, in dem die Arbeiter und Arbeiterinnen mit Perchlornaphthalin zu tun hatten, erkrankte ein großer Prozentsatz unter den charakteristischen Erscheinungen der Chlorakne mit Komedonen und den weißlichgelblichen, durchscheinenden, scheinbar aus den Talgdrüsen geschwulstartig hervorgegangenen Zystchen. Befallen ist in ausgedehnter flächenhafter Weise vor allem das ganze Gesicht, aber auch die Arme, eventuell Knie, Unterschenkel, Nacken und Rücken. Im Gesicht sind selten starke Entzündungserscheinungen, dagegen an den anderen Regionen, besonders an Hals und Nacken mit der Ausbildung von Eiterpusteln. Besserung des Leidens trat ein bei Aufhören der Arbeit und bei weitgehenden hygienischen Verbesserungen in den Betrieben. Für den Ausgang ist maßgebend, ob tiefgehende Prozesse, besonders Eiterungen, bestanden haben, die größere Narben hinterlassen. Bleibt die Erkrankung auf leichte Formen beschränkt, so kann narbenlose Heilung stattfinden. Die Dauer bis zum Entstehen ist abhängig von der Gefährdung in dem Betriebe und der persönlichen Disposition. Es schwankt die Zeit zwischen wenigen Wochen und 4—5 Monaten. Besonders empfindlich scheinen Mädchen mit stark fettiger Haut. Männer sind ebenso empfänglich wie Frauen. Ältere Arbeiterinnen schienen weniger empfänglich als junge. Persönliche Reinlichkeit ist von großem Einfluß. Aus der eingehenden gewerbe-hygienischen Betrachtung ergibt sich, daß die Erkrankung durch das Verdampfen und Verstauben des Arbeitsmaterials entsteht. Gechlorter Kohlenwasserstoff mit geringem Chlorgehalt ist weit weniger schädigend als solcher mit stärkerem. Es sind zur weitgehend-

Digitized by Google

sten Sicherung der Arbeiter genaue gewerbehygienische Vorsichtsmaßnahmen in den Betrieben, in denen mit Perchlornaphthalin gearbeitet wird, geboten.
E. Langer-Berlin.

Über die Wirkungsweise des Solganal beim chronischen Infekt. II. Mitteilung. Heilung des Goldexanthems durch Gold, von R. Freund, II. Med. Kl. Charité Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 19, S. 903.) Verf. konnte feststellen, daß Exantheme, die durch Solganal, einem Goldpräparat, hervorgerufen waren, rasch wieder verschwanden, wenn er erneut die Kranken mit dem Mittel behandelte. So konnte er bisher in acht Fällen das Goldexanthem durch erneute Goldzufuhr heilen. Verf. nimmt an, daß die erstmalige Hautschädigung durch eine Anhäufung von giftig wirkenden Zerfallsprodukten des Körpers verursacht wird. Diese Erscheinung wird durch erneute Zufuhr desselben metallischen Katalysators behoben, indem hierdurch der Abbau der giftigen Zwischenkörper zu ungiftigen Endprodukten so beschleunigt wird, daß klinisch eine Heilung der Haut erfolgt.
E. Langer-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Carbon Arc and Flame Lamps in Medicine and Surgery (Kohlenflammenbogenlampen in der Medizin und Chirurgie), von H. Goodman-New York. (Am. J. of Roentgenology, 1927, Bd. 17, Nr. 3, S. 342). Ausführliche historische Übersicht über die Entwicklung der Physik der Lichtstrahlen und der Lichttherapie mit Kohlenbogenlampen unter besonderer Hervorhebung der Verdienste Finsens.
A. Holthusen-Hamburg.

The Transmission of Ultraviolet Radiation by Various Substances (Durchlässigkeit verschiedener Substanzen für Ultraviolettlicht), von C. Sheard. (Proceedings of Staff Meetings of Mayo Cl., 1927, Bd. 2, Nr. 2, S. 5). Nach Besprechung einiger physikalischer Daten, betreffend die Wellenlängen im Ultraviolett des Sonnen- und Quarzlampenlichtes, erörtert der Verf. die guten Erfahrungen mit Vitaglas und ultraviolettdurchlässiger Kleidung. Messungen an Schulkindern, die hinter gewöhnlichem Fensterglas und solchen, die hinter Vitaglas unterrichtet wurden, haben ergeben, daß der ultraviolette Anteil des Sonnenspektrums für den Wachstumsprozeß sehr günstig ist. Die Lehrerschaft der Stadt Birmingham hat die Einführung des Vitaglases für die Schulräume beschlossen.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Action empêchante locale de l'irradiation par les ultra-violets sur les réactions cutanées à la tuberculine (Die örtliche Verhinderung der kutanen Tuberkulinreaktionen durch ultraviolette Bestrahlungen), von P. Carnot, H. Bénard, E. Biancani und Azerad. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 915—916). Analog der Wirkung bei der Schutzpockenimpfung zeigte sich auch bei Tuberkulineinspritzungen, daß ultraviolette Strahlen eine positive Reaktion verhinderten, während eine solche an nicht bestrahlten Stellen auftrat. Diese Behinderung trat ein sowohl wenn die Bestrahlung unmittelbar nach der Tuberkulineinspritzung ausgeführt wurde als auch wenn sie ihr vorherging, während eine vorhergehende intensive Bestrahlung des Tuberkulins keine Veränderung bewirkte. Es muß sich also um durch die Bestrahlung erzeugte Veränderungen in dem Gewebe handeln, die jedoch nur bei Verabfolgung von Erythemdosen, nicht bei schwächeren zustande kommen.
E. Levin-Berlin.

Recent Experiments on the Biologic Effects of Ultraviolet Light (Neue Untersuchungen über den biologischen Effekt des Ultraviolettlichtes), von G. M. Higgins. (Proceedings of Staff Meetings of Mayo Cl., 1927, Bd. 2, Nr. 4, S. 15.) Zu den Versuchen wurden Amphibieneier, Hühnerembryos und Pflanzensamen verwandt. Das Ergebnis faßt der Diskussionsredner Sheard kurz in folgende zwei Punkte zusammen: 1. Die Bestrahlung mit dem biologischen Anteil des Spektrums im Ultraviolett trägt zum normalen Wachstum der Zellen eines Organismus bei, der in nicht physiologischer Umgebung gehalten wird. 2. Der biologische Teil des Ultraviolettspektrums kräftigt das innere Wachstum der Zellen eines Organismus, während die größeren Wellenlängen die äußeren Veränderungen beeinflussen.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

The Present Status of Radiation Therapy, von F. Th. Woodbury-New-York. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 7, S. 448 und Nr. 8, S. 524.) Übersichtsreferat.

Über die Wirkung ultravioletter und Röntgenstrahlen auf die aktuelle Reaktion der Haut, von S. Kaplansky und S. Soloweitschik, Inst. f. Hauttbc. Moskau. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 1/2, S. 111.) Die Verf. verwandten zu ihren Versuchen Kaninchen, deren X-Ionenkonzentration der Gewebsflüssigkeit der

Digitized by Google

Haut und Alkalireserve des Blutes in bestimmten Abständen nach Belichtungen und Röntgenbestrahlungen untersucht wurden. Bei Belichtung kleiner Hautpartien zeigt sich eine X-Hyperionie, beginnend 3 Stunden nach der Belichtung. Bei Bestrahlung großer Hautregionen sind die Schwankungen des P_H geringer, jedoch tritt hier schon 1 Stunde nach der Belichtung eine Azidose des Blutes auf, die nach 3 Stunden in eine Alkalose übergeht und ziemlich lange dauert. Bei Anwendung von Röntgenstrahlen sind die Veränderungen im Blute dieselben, jedoch wird eine saure Reaktion des Gewebssaftes nicht erreicht trotz stärkster Bestrahlung. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Grundlinien und Ausblicke der Grenzstrahlentherapie, von G. Bucky-New York. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 524.) Grenzstrahlen liegen im Wellenbereich zwischen Ultraviolett- und Röntgenstrahlen mit Wellenlängen von rund 2 Ångström. Bei geeigneter Dosierung sofortiges Erythem, andererseits kann durch abgestufte Dosierung die Erythemlatenzzeit bis auf 5 Wochen verlängert werden. — Das Grenzstrahlenerythem zeigt keine lokale Temperaturerhöhung, keine sensiblen Reizungen. Nur oberflächlichste Hautschichten werden beeinflußt, die germinative Schicht wird nicht nennenswert affiziert. — Eine Strahlung von 9 KV. hat sich am besten bewährt; bei 15 KV. bereits Teleangiektasien; Epilation erst mit dem Vielfachen der therapeutischen Dosis erreichbar. Innerhalb 15 Minuten peripherer Leukozytensturz um 20—30% der Ausgangszahl, in weiteren 15 Minuten Rückkehr zur Norm. Mindestens 95% aller Hautkrankheiten besser mit Grenz- als mit Röntgenstrahlen zu behandeln; Heilungsdauer auf die Hälfte der sonstigen Zeit herabgesetzt, dann noch vollkommen gefahrlos. Überraschende Erfolge bei Lupus, allerdings Dosen bis zur Blasenbildung, nach wenigen Wochen regelmäßig Bildung normaler Haut. Gute Erfolge bei Epitheliomen bis zu 1—1,5 cm Dicke. In Fällen von Polycythaemia rubra vera sanken die roten Blutkörperchen von 10 bzw. 8,6 Millionen auf 5,2 bzw. 4,3 Millionen nach Bestrahlung.
W. Curth-Berlin.

Physikalische Untersuchungen über die Buckyschen Grenzstrahlen, von H. Kirsch, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1927, Nr. 14, S. 578.) (2 Tabellen, 3 Kurven.) Verf. benutzte zu seinen Versuchen eine Spezial-Weichstrahlenröhre mit Lindemannfenstern und entsprechendem Apparat. Die Weichstrahlen haben eine Wellenlänge von 1.7—2,0 ÅE. (1 Å = 0,1 μμ), stehen also zwischen Röntgen- und Ultravioletttstrahlen, aber ersteren viel näher. Sie sind typische Oberflächenstrahlen. Die Erythemdosis wird bei 9 KV. eff. 9 MA. in 5 ccm Fenster-Hautabstand in 3 Minuten erhalten. Das Erythem, das nach 3—4 Tagen die stärkste Rötung aufweist, hinterläßt eine lange Zeit bestehen bleibende Pigmentierung. Strahlende Wärme spielt keine Rolle. H. Colman-Berlin.

Physikalische und biologische Untersuchungen über die sog. Grenzstrahlung, von G. Gabriel, Röntgen-Inst. Israel. Gem. Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 534.) Verf. stellte nach Bucky Versuche mit dessen sog. Grenzstrahlung an; er erzielte dieselben Hautveränderungen wie Bucky. Verf. betont Einfluß des Antikathodenmaterials auf Strahlenausbeute; nur dann kommt Erythem zustande wenn Röntgenstrahlen in der Subkutis zur Wirkung gelangen. (Bucky bestreitet das.) In Fällen, wo die Subkutis nicht erreicht wurde, sah Verf. kein Erythem. Für eine ausgedehnte Nachprüfung der klinischen Erfolge Buckys erscheint exaktere Angabe seiner Bestrahlungsbedingungen dringend notwendig. W. Curth-Berlin.

Röntgenstrahlen und einzellige Lebewesen, von G. H. Klövekorn und O. Gaertner, Univ.-Hautkl. u. Röntgeninst. Bonn. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 548.) Bestrahlungsversuche an Süßwasseramöben und pathogenen Fadenpilzen mittels ungefilterter Strahlung von 1,47 ÅE., 50 KV., 9 MA. Trichophyton crateriforme, umbilicatum u. a. wurden in 10 Min. bis 10 Min. 30 Sek. abgetötet, d. h. mit 300000 R., während die Amöben erst bei 75 Min. mit 2190000 R. kriechende Bewegung anfänglich statt schnellen Laufens zeigten, aber keine Abtötung. W. Curth-Berlin.

Der Grundvorgang der biologischen Strahlenwirkung, von H. Holthusen-Hamburg St. Georg. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 157.) Auseinandersetzung mit der Dessauerschen Punktwärmehypothese. Verf. kommt unter Zugrundelegung der Quantenmechanik in Verbindung mit der mechanischen Wärmetheorie zu einer Ablehnung der Dessauerschen Ansichten. Er deckt Analogien zwischen Wärmewirkung und Röntgenbestrahlung auf Zellen im Mittelstadium auf. Der maßgebende Vorgang der Strahlenschädigung ist die Denaturierung hochmolekularer Eiweißverbindungen. Der Schluß, daß Strahlenwirkungen Wärmewirkungen sind, ist nicht zulässig; man kann lediglich feststellen, daß es für das, was in der Zelle vor sich geht, gleichgültig ist, ob die Energie in Form von Wärme oder Strahlung zugeführt wird. W. Curth-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen und deren Erforschung mittels der Explantation, von M. Schubert, Univ.-Hautkl. Marburg. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 551.) Herzgewebe von Hühnerembryonen läßt 2 Stunden nach Bestrahlung in ovo (10 MED., 60 KV., 20,0 cm Abst., 2 MA., Coolidgeröhre, ohne Filter), die ersten Zeichen von Wachstumshemmung in der Kultur erkennen, während ex ovo bestrahlte Gewebskulturen noch längst nicht reagierten. Es folgen Angaben über Gewebszüchtungsversuche in bestrahlten oder durch Kälte geschädigten Embryonalextrakten. Erst nach dreistündigem Einwirken der Kälte Wachstumshemmung.
W. Curth-Berlin.

Verschiebungen der Serumeiweißkörper nach Röntgenbestrahlungen, von K. Breitländer und C. H. Lasch, Chir. Univ.-Kl. Rostock. (Kl. W., 1927, Nr. 16, S. 743.) Bei Oberflächen-Röntgenbestrahlungen unter soweit, wie nur möglich gleichmäßigen und exakten physikalisch-technischen Bedingungen wurden vor und nach der Bestrahlung Blutproben entnommen und untersucht nach: Gesamtstickstoff, Reststickstoff, Refraktion sowie Viskosität und Oberflächenspannung. Es ergab sich, daß es nicht möglich ist, über die nach einer Bestrahlung auftretenden Blutveränderungen im Sinne von Serumeiweißkörperverschiebungen vor der Bestrahlung Vermutungen anzustellen. Man findet in diesen Untersuchungen auf keinen Fall einen direkt mit der Röntgendosis parallel laufenden Ausdruck der Röntgendosis und Wirkung. E. Langer-Berlin.

Erfahrungen mit der Beeinflussung innersekretorischer Drüsen durch Röntgenstrahlen, von H. Wintz, Univ.-Frauenkl. Erlangen. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 412.) Verf. gelingt es regelmäßig, mit steigenden Dosen genau abgestuft Stimulation, temporäre Sterilisation, Daueramenorrhoe oder Totalkastration zu erzielen. Verschiedene Ovarzellanteile zeigen verschiedene Röntgenempfindlichkeit. Fehlen von Ausfallserscheinungen oder Stoffwechselstörungen bei temporärer Sterilisation. Röntgenbestrahlung der Thyreoidea bei nachgewiesener Hyperfunktion der Thyreoidea und damit im Zusammenhang stehenden Poly- und Dysmenorrhoen wird empfohlen. Bei Ovarstörungen durch Adrenitis entwickelt sich mitunter Hyperthyreose, die durch temporäre Sterilisation beseitigt wird. Hypofunktion der Thyreoidea (Myxödem) häufig mit Ovardysfunktion vergesellschaftet; Amenorrhoe hierbei gut durch Thyreoidea + Ovarialpräparate beeinflußbar. Menstruationsstörungen bei Akromegalien durch Hypophysenbestrahlung weitgehend gebessert. W. Curth-Berlin.

La radio-résistance acquise à la suite de traitements répétés; cause d'échec dans la radiothérapie des épithéliomas cutanés (Die im Verlaufe wiederholter Behandlung erworbene Strahlenresistenz als Ursache des Mißerfolges der Röntgenbehandlung von Hautepitheliomen), von H. Béau. (Paris méd., 1927, Nr. 16, S. 383—387.) Ist bei der Bestrahlungsbehandlung die völlige Sterilisierung nicht erreicht worden, so lehrt die Erfahrung, daß weitere Bestrahlungen auch mit größeren Dosen nicht zum Ziele führen. Es liegt dabei im wesentlichen die fehlerhafte Technik der wiederholten kleinen Dosen zugrunde, durch die die Radioresistenz des epithelialen Krebsgewebes gesteigert wird, während andererseits das umgebende Gewebe eine vermehrte Radiosensibilität zeigt. Es folgt daraus die Notwendigkeit, die Hautepitheliome einer einmaligen kräftigen Behandlung zu unterwerfen. E. Levin-Berlin.

Die Technik der intravenösen Injektion mit besonderer Berücksichtigung der Traubenzuckerlösung, von O. Nemetz, Inst. Holzknecht Wien. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 555.) Beschreibung der Technik besonders im Hinblick auf die von E. G. Meyer empfohlene Methode der Sensibilisierung von Tumoren auf Röntgenbestrahlung durch Injektion von Dextroselösung. Bei Unmöglichkeit intravenöser Verabreichung Hinweis auf die intravenöse Injektion in die Schwellkörper der unteren Nasenmuschel; angeblich gefahrloser Eingriff, der direkte Einbringung in die Blutbahn verbürgt (s. Adler, W. kl. W., 1926, Nr. 13). W. Curth-Berlin.

Die Röntgenbehandlung der Genitaltuberkulose der Freiburger Frauenklinik, von M. Wesseling. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 459.) Bericht über günstige Erfolge der Röntgentiefenbestrahlung bei Adnex-, Blasen- und Nierentuberkulose (65 Fälle).
W. Curth-Berlin.

Zur Strahlenbiologie des Krebses, von H. Dehler, Univ.-Frauenkl. Erlangen. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 2, S. 239.) Nach Ansicht der Wintzschen Klinik ist die Heilwirkung der Röntgenstrahlen das Ergebnis unmittelbarer Schädigung der Geschwulstzellen selbst, der gegenüber die indirekten Einflüsse weit zurücktreten. Z. B. dienen Fälle, bei denen schmale, nichtbestrahlte Hautzonen zwischen den einzelnen Bestrahlungsfeldern der Sitz von Rezidiven wurden, während im Tumor selbst, auch

Digitized by Google

histologisch, Karzinom nicht mehr nachweisbar war. Erst wenn das Tumorgewebe vernichtet ist, können die aufräumenden und aufbauenden Kräfte des Organismus vom Zwischengewebe, von den Blut- und den Körpersäften her ihre Tätigkeit entfalten. Die tatsächliche Ausheilung der Krebserkrankung ist ein biologischer Vorgang, der von den örtlichen Verhältnissen in der Tumorumgebung und der allgemeinen Leistungsfähigkeit des Organismus abhängt. Zur Bestrahlung des Karzinoms ist ein Standardwert nötig. Da man nicht wissen kann, auf welche Röntgenintensität der Krebs anspricht, hält die Wintzsche Klinik an der bewährten Karzinomdosis fest. Auch die Reizdosis wird auf neuere Erfahrungen hin beibehalten. Bei der Dosierung muß der Wintzsche biologische Zusatzfaktor, d. h. die Differenz zwischen der errechneten HED und der wirklich biologischen HED unbedingt beibehalten werden. Unbestrahlte Streifen im krebsverdächtigen Gebiet sind unbedingt zu vermeiden. Wintz schlägt vor, selbst auf die Gefahr hin, daß die Felder sich um einige Millimeter decken, die Ränder ganz eng aufeinander zu rücken. Die dadurch vielleicht entstehende Verbrennungslinie verheilt verhältnismäßig rasch. E. Kottmaier-Mainz.

Gründe für Mißerfolge in der Strahlentherapie des Karzinoms, von H. Wintz-Erlangen. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 1.) Die Karzinomdosis (nicht Heildosis!) beträgt 90—115% der HED. Eine kleinere Dosis als 60% bewirkt weder Rückgang des Uterus noch des Mammakarzinoms, noch sonstiger in Hautnähe befindlicher Krebse. 70% der HED tötet im Mitosestadium befindliche Karzinomzellen. Zeitliche Verteilung der Dosis bedeutet Verminderung der biologischen Wirkung. Bestrahlt man ein 6 × 8 cm großes Abdominalfeld mit 100% der HED, so zeigt sich nach 3 Wochen vorübergehende Rötung und nach 4—6 Wochen Pigmentierung; das gleiche Feld 5mal mit je 20% der HED in zweitägigen Intervallen bestrahlt, zeigt eine Reaktion, die nur 60% der HED entspricht. Ein Tumor, der so bestrahlt unbeeinflußt blieb, reagierte dann auf eine einzige Bestrahlung mit 110% HED überhaupt nicht mehr. Andererseits zeigt sich, daß gesunde Zellen durch Bestrahlung mit kleinen Dosen empfindlicher werden, so daß bei einem so vorbestrahlten Karzinom der Versuch mit 140% der HED es noch zur Rückbildung zu bringen, Nekrosen des Bindegewebes ohne Zerstörung des Tumors hervorruft. Bei Zusammentreffen von Entzündung mit Karzinom sieht man, daß der Krebs weniger strahlenempfindlich wird; bei gesteigerter Dosis, die zur Zerstörung des Tumors führte, zeigten sich deletäre Folgen für die Umgebung mit Bildung torpider Geschwüre und Zerfallskrater. Die Entzündung setzt die Resistenz der Umgebung herab. Bei infiziertem Karzinom ist vor der Behandlung Desinfektion notwendig, die Resultate sind trotz des damit verbundenen Zeitverlustes weit günstiger. Verf. betont die Wichtigkeit der Streuzusatzdosis und der Umwandlung der harten Radiumgammastrahlung in weiche Betastrahlen im Gewebe (Comptoneffekt). W. Curth-Berlin.

Beitrag zum Wirkungsmechanismus der Röntgenstrahlen auf Karzinome, von J. Borak, Zentr.-Röntgeninst. Wien. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 105.) Fall von handtellergroßem Basalzellenkarzinom am Oberschenkel bei einer 71jährigen. Nach 6 Monaten, in denen insgesamt 5 HED gegeben worden waren, war wohl das Karzinom auch histologisch geschwunden, der Defekt aber geblieben; Deckung mußte nach Thiersch erfolgen. Verf. schließt daraus, daß Rückbildung des Tumors und Neubildung von Normalgewebe zwei völlige getrennte Phasen darstellen, von denen die zweite evtl. auch ausbleiben kann. Der Fall beweist, daß das Bindegewebe bei der Bekämpfung des Karzinoms nicht die ihm von manchen zugedachte Rolle spielen kann, und daß die Bestrahlung endokriner Drüsen, die zum vermehrten Bindegewebswachstum führen soll, hinfällig ist. Für das Schicksal eines bestrahlten Karzinoms ist nur die im Krebsgewebe selbst bewirkte Veränderung maßgebend; Schädigung der normalen Umgebung kann wohl den klinischen Effekt beeinträchtigen, aber nicht die Karzinomrückbildung verhindern, solange der Tumor nur eine genügend große Dosis erhielt. Beim Krebs der Innenorgane ist eine gleichzeitige Schädigung wichtiger normaler Gewebe unter allen Umständen zu vermeiden. W. Curth-Berlin.

Über Milzbestrahlung bei Hautkrankheiten, von F. Thedering-Oldenburg. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 2, S. 328.) Bei jahrelang bestehenden hartnäckigen Hautkrankheiten hat Verf. Röntgenbestrahlungen der Milz angewandt. Unter 3 mm Al.-Filter wurde eine Oberflächendosis von 1,5 X (Kienböck) verabreicht. In keinem Falle wurde unter gleichem Filter bei 25 HFA mehr als 2 Minuten belichtet. Die Hautdosis überschritt 2 X (Kienböck) niemals (Funkenstrecke 25 cm, 1,5 mA.). Solche kleinen Dosen wurden wöchentlich einmal, oft 3—4 Monate lang, gegeben unter genauer Beobachtung von Temperatur und Allgemeinbefinden. Bei pustulösen und furunkulösen

Digitized by Google

Ekzemen, besonders aber bei Lupus und tuberkulösen Hauterkrankungen scheint die Milzbestrahlung einer der mächtigsten Heilfaktoren zu werden. Zwei Fälle von Urticaria chronica wurden vollständig und schnell geheilt. Ebenso einige Fälle von Psoriasis, bei denen jedoch der Dauererfolg abgewartet werden muß. Die Wirkung der Milzbestrahlung scheint durch höchst aktive Fermente herbeigeführt zu werden, die bei Zerfall der Leukozytenkerne entstehen. Durch sie wird eine erhöhte Aktivierung der Leukozyten erreicht. Eine Schädigung sah Verf. bei der wochen- und monatelang durchgeführten Milzbestrahlung nie. E. Kottmaier-Mainz.

Das Göttinger Eichstandgerät, ein neues transportsicheres Dosimeter zeitlich konstanter Empfindlichkeit. I. Teil, von H. Küstner, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 501.) Ionisationsgerät, dessen Messungen durch Vergleich der zu prüfenden Röntgenstrahlen mit einem genau geeichten konstanten Radiumpräparat zustandekommen. W. Curth-Berlin.

Die Toleranzdosen der Haut in „Röntgen"-Einheiten bei verschiedenen Strahlenhärten, von H. Th. Schreuß und L. Schoenholz, Frauenkl. u. Röntgenther.-Inst. Med. Akad. Düsseldorf. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 485.) Betonung der Notwendigkeit, Rötungsgrade der Haut schärfer als bisher festzulegen. Verff. fügen neunstufige Rötungsskala bei. Sie fanden, daß bei weicheren Strahlen (120 K.V., 3 mm Al) erheblich höhere R-Einheiten (800—900) zur Erzielung eines mittleren Erythems gebraucht wurden als bei härteren (210 K.V., 3 mm Al, 400—600 R). Bei großen Feldern unter Bestrahlung mit 210 K.V., 0,5 mm Cu + 1 mm Al schlagen Verff. 500 R als Toleranzdosis vor, die nach 2 Monaten gefahrlos wiederholt werden kann. Die weichere Strahlung schädigt mehr das oberflächliche Gefäßnetz, während bei den härteren Strahlen die Beeinflussung der tiefen Gefäße für das Zustandekommen des Erythems trotz geringer R-Zahl verantwortlich zu machen ist. Bei Übergang von kleinen Feldern zu großen wird der seitliche Blut- und Lymphstrom um so stärker behindert, je härter die Strahlung ist. W. Curth-Berlin.

Spannungsregulierung bei Röntgenoberflächentherapie in der Praxis, von V. Wucherpfennig, Univ.-Hautkl. Münster. (M. m. W., 1927, Bd. 74, H. 13, S. 544.) Die Dosis der Röntgenstrahlen schwankt ungefiltert um 10—20%, mit 2 mm Al-Filter bis 30%, wenn die Spannung auch nur um 5—10% sich verändert. Daher muß, wenn an dem Apparat keine Spannungsregulierung angebracht ist, mit großen Gefahren durch Überdosierung gerechnet werden, besonders bei der Oberflächenbestrahlung. Bis zur Schaffung einer entsprechend die Spannung regulierenden Zusatzapparatur muß man sich mit einem Schieberwiderstand und einem Voltmeter begnügen. H. Colman-Berlin.

Schädigungsprophylaxe, von G. Holzknecht-Wien. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 385.) Hinweis auf den Mangel an „Harmonisierung der Genauigkeiten", der durch Einbeziehung der ungenauen Kilovoltmeter und Milliamperemeterzahlen in die Rechnung zur Ermittlung der HED bei der Iontometermethode entsteht. Betonung des Nutzens der verschiedenen Filtersicherungen („Kriserscher Filterzwang" mittels Doppelhakens). Wegen der Gefahr des Stehenbleibens bei Gebrauch nur einer Weckeruhr empfiehlt Verf., immer zwei Uhren gleichzeitig anzuwenden. Spannungskontrolle während des Betriebes am besten durch Kugelfunkenstrecke, die Rückschluß auf Strahlenhärte gestattet. Wert des Radiometers wird betont. Sabouraud-Tablette zeigt nur geringe Abhängigkeit von der Strahlenhärte; so entspricht 170 K.V. durch 4 mm Al 11 H. und 120 K.V. durch 1 mm Al 10 H. Zum Abdecken kleiner Bestrahlungsfelder empfiehlt sich Leuchtblei; es gestattet Lageveränderungen des Pat. während der Bestrahlung zu bemerken. Schutzmaterial soll auf dem Körper angeklebt sein. Genaues Einstellen mittels Universalzielers erforderlich. Empfehlung der psychotechnischen Bestrahlungsformel. „Dem im schlechten Sinne kühnen Operateur reiht sich der sicherungslos arbeitende Röntgentherapeut an." W. Curth-Berlin.

Cancer des radiologistes guéri par la diathermocoagulation, von H. Bordier-Lyon. (Acta Med. Scand., 1927, Bd. 66, H. 3, S. 291.) Heilung des Strahlenkrebses durch Kaltkaustik. An Hand eines Falles wird das gute Resultat der Kaltkaustik bei der Behandlung des Strahlenkrebses beschrieben. Der Verf. warnt davor, einen Radiumkrebs mit Radium zu behandeln, da dadurch die Aussichten der Heilung durch Kaltkaustik verschlechtert werden. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Hautschädigungen nach externer Doramad (Thorium X-Degea)-Behandlung nebst Mitteilung eines Falles, von W. Wolffenstein-Charlottenburg. (Kl. W., 1927,

Digitized by Google

Nr, 18, S. 857.) Im Anschluß an die Naegelischen Mitteilungen über Doramadschäden berichtet Verf. über einen Psoriatiker, bei dem es im Verlaufe einer vorsichtig vorgenommenen Doramadbehandlung zu einer Ulzeration an einer Stelle kam, die infolge starker Varizenbildung eine gestörte Gefäßversorgung aufwies. Verf. mahnt in ähnlichen Fällen zur Vorsicht und rät in Gebieten mit offensichtlichen Gefäßstörungen, wie es Varizen sind, entweder ganz auf Doramad zu verzichten oder, falls man es anwenden will, nicht über eine Dosis von 500 e. s. E. in 1 ccm Alkohol hinauszugehen.

E. Langer-Berlin.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Experimentelle Untersuchungen über Thrombosen infolge intravenöser Einspritzungen nebst einem Vorschlag zur Vermeidung dieser Schädigung, von W. F. Katzenstein, Path. Inst. Charité Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 53, H. 5/6, S. 725.) Versuche mit Injektionen von Zylotropin und Atophanyl zu Injektionen in die Ohrvene von Kaninchen ergaben stets Thrombosen; durch Zusatz von Hirudin wurde die Thrombose sicher verhindert, und die Wirkung auf die Gefäßwand blieb erkennbar. Durch die Anwesenheit hochprozentiger Stoffe in der Vene, die das physiologische Lösungsverhältnis des Blutes an festen Bestandteilen erheblich ändern, werden Zellschädigungen der Gefäßwand hervorgerufen. Diese Schädigung trifft zuerst die Endothelauskleidung des Gefäßrohres und wirkt sich hier zuerst aus. Die Anordnung der Versuche ist im Original nachzulesen. Aus ihnen resultiert der Vorschlag, bei intravenösen Injektionen hochprozentiger Lösungen zur Vermeidung von Nebenerscheinungen nur Präparate mit Hirudinzusatz zu verwenden. Selbst bei Verwendung von 10%iger bzw. 20%iger Lösung genügte an der kleinen Tiervene ein Zusatz von 0,001 g Hirudin pro Injektion.

M. Cohn-Dresden.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude (Die intravenösen Natr.-salicyl.-Einspritzungen), von J.-A. Chavany. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 14, S. 277 bis 280.) Die Arbeit soll hier nur insoweit referiert werden, als sie sich mit den intravenösen Natr.-salicyl.-Einspritzungen bei Varizen beschäftigt. Die Behandlung ist kontraindiziert bei älteren sowie herz- und nierenkranken Personen, bei in den letzten Jahren voraufgegangener Phlebitis, bei komplizierendem Ödem, bei Personen, die an Stelle richtiger Varizen Varikositäten aufweisen, bei Frauen in der Schwangerschaft. Die Konzentration beträgt 20—30—40%; die Lösung kommt in Ampullen von 3 ccm zur Anwendung, deren jede also 0,6—0,9—1,2 Natr. salicyl. enthält. Durch zunächst schwächere Einspritzungen wird die Reaktion geprüft, dann durch 7—8 cm voneinander entfernte Einspritzungen das Gefäß allmählich verödet. Die Einspritzungen erfolgen im Stehen, dann läßt man den Pat. unter Kompression der Einstichstelle einige Minuten hinlegen; kurz nach der Einspritzung treten gewöhnlich vorübergehende Wadenkrämpfe auf. Intoxikationserscheinungen treten niemals auf, Chokerscheinungen scheinen bei einwandfreier Lösung selten zu sein. Embolien sind nicht zu befürchten.

E. Levin-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Die Wirkung des Glykokolls auf urtikarielle Zustände, von K. Glaessner, Rainerspital Wien. (Kl. W., 1927, Nr. 13, S. 597.) An Hand von charakteristischen Fällen anaphylaktischer Krankheitserscheinungen geht Verf. auf die günstige therapeutische Beeinflussung derselben durch Darreichung von Glykokoll (10—15 g pro die) ein. Das Glykokoll zeigt sich in allen jenen Fällen am wirksamsten, in denen in dem anaphylaktischen Zustande die Hauterscheinungen urtikarieller Natur überwiegen. Man gibt in solchen Fällen neben den übrigen kausalen therapeutischen Maßnahmen vorteilhaft innerlich auch das Glykokoll 2—8mal am Tage je 5 g. Die Wirkung desselben muß man sich wohl so vorstellen, daß es einen entgiftenden Einfluß auf den als eine Art Säurevergiftung aufgefaßten anaphylaktischen Prozeß ausübt.

E. Langer-Berlin.

Chronic Erythema of the Legs (Chronisches Erythem der Beine), von J. Kaufmann und J. F. Mc Intosh-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 6, S. 388.) Bei einem 18jähr. Mädchen wird das typische Krankheitsbild der Erythromelalgie beobachtet, das zuerst in England und Dänemark beschrieben wurde. Bei Alttuberkulineinspritzung war eine Lokalreaktion nicht festzustellen, obgleich eine Tuberculosis iridis bestand. Bettruhe ist anscheinend die wirksamste Therapie.

F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

Herpes

Recherches sur la morphologie du virus herpétique (Untersuchungen über die Morphologie des Herpesvirus), von C. Levaditi und R. Schoen. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 959—961.) Bei histologischen Untersuchungen des Hirns von Kaninchen, die mit dem herpeto-enzephalitischen Virus C oder dem Herpesstamm N inokuliert worden waren, fanden sich, und zwar fast ausschließlich in den Neuronen der äußeren Zone des Ammonshornes Gebilde, die den intrazellulären Entwicklungsgang eines zu dem ätiologischen Agens der neurotropen Herpesinfektion in Beziehung stehenden Mikroorganismus darzustellen scheinen. Die Bildungen erschienen am häufigsten bei Kaninchen, deren Herpesenzephalitis sich in 6 Tagen entwickelte; im ganzen waren sie in mehr oder weniger vollständigem Zyklus in ungefähr der Hälfte der Inokulationen nachweisbar. Zuerst zeigen sich dunkelgefärbte basophile Körperchen von ungleicher Größe, oft von einem hellen Hofe umgeben, die im Zytoplasma mehr oder weniger nahe dem Kern liegen; sie vergrößern sich dann und werden ausgesprochen wandständig. Es entsteht der Eindruck von Trauben rundlicher oder ovaler Körner, die durch eine stärker basophile Zwischensubstanz zusammengehalten werden. Erreichen sie eine beträchtlichere Größe, so schwindet der helle Hof. In der weiteren Entwicklung entsteht ein pseudozystisches Bild, indem die Körner infolge Sekretion einer transparenten Flüssigkeit voneinander getrennt werden. Es bildet sich eine Zystenwand, innerhalb deren man basophile, metachromatische, außerordentlich polymorphe Elemente deutlich unterscheidet. Diese Pseudozysten nehmen schließlich einen großen Teil des Zytoplasmas ein; ein Platzen konnte niemals beobachtet werden. Das Zytoplasma, dessen Nisslsche Körner völlig geschwunden sind, färbt sich hellblau, der Mikroorganismus, besonders im Anfang seiner Entwicklung, viel dunkler. Der Inhalt der Pseudozysten hat keine Affinität zu sauren Farbstoffen. Die eosinophilen Granulationen der Neurone sind gut sichtbar; sie haben keine Beziehung zu den Entwicklungsphasen des Parasiten. Diese zeigen eine gewisse Analogie zu denen des Enzephalitozoon cuniculi, sind jedoch durch Färbung, Morphologie und intrazytoplasmischen Sitz von ihm zu unterscheiden. In gewissen Eigenschaften nähert sich der Parasit der Rickettsia; es wird für ihn der Name Neurocystis herpetii vorgeschlagen. Vielleicht wird die filtrierbare Form des Herpesvirus in den Pseudozysten gebildet. E. Levin-Berlin.

Herpes and Varicella (Herpes und Varizellen), von F. W. Gavin. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5395, S. 214.) Ein Gärtner erkrankt an Herpes zoster ophthalmicus. 16 Tage später entwickeln sich bei seinen drei Kindern typische Windpocken. Als Infektionsquelle kam in diesem Falle nur der Vater in Betracht. R. Ley-Kreuznach.

Experimentelle Untersuchungen über Herpes, von E. Gildemeister und K. Herzberg, Reichsges.-Amt. (Kl. W., 1927, Nr. 13, S. 603.) Verff. heben hervor, daß ihre schon vor langer Zeit ausgesprochene Ansicht über das Immunitätsverhältnis zwischen Herpes und Pocken neuerdings durch die Mitteilungen Zurukzoglus bestätigt sei. Herpesabgeheilte Meerschweinchenplanta zeigt nicht nur Immunität gegen Herpes, sondern auch gegen Pocken, und im Serum solcher Tiere sind nicht nur gegen Herpes, sondern auch gegen Pockenvirus virulizide Antikörper. Umgekehrt ist es ebenso mit pockengeimpften Tieren. Des weiteren teilen Verff. mit, daß nach ihren experimentellen Ergebnissen eine Beziehung zwischen Virusgehalt und pathologisch-anatomischem Befund bei herpesenzephalitischen Tieren nicht zu bestehen braucht. Es findet sich sowohl niedriger Virusgehalt mit schwersten Veränderungen an den Meningen und im Gehirn, wie auch geringe pathologische Befunde und hoher Virusgehalt. E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die durch den Tod von Prof. Šavnik vakante dermatologische Lehrkanzel in Agram wurde vertretungsweise Priv.-Doz. Dr. Kogoj übertragen. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES REMOVED

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 30 (Bd. 85) 23. Juli 1927

Aus der Dermatologischen Klinik der Staatsuniversität Smolensk
(Direktor: Prof. Dr. Grschebin)

Ein Fall von tiefer primärer Blastomykosis der Haut (Busse-Buschke)

Von

Prof. Dr. Sinowiy Grschebin

Mit 1 Abbildung im Text

Die noch sehr wenig beleuchtete Frage über die Blastomykosis der Haut blieb bis zur jüngsten Zeit in vielen Beziehungen unklar. Hier ist hauptsächlich der Umstand von Wichtigkeit, daß man nicht in jedem einzelnen Fall, wo Blastomyzeten mikroskopisch gefunden werden, ihre ätiologische Rolle beweisen und begründen kann; daher sind Buschke, Ganz und Dresel und andere der Meinung, daß nicht alle beschriebenen Fälle (Finger, Oppenheim, Löwenbach, Dubreuilh) usw. unbestritten sind. Andererseits bleiben wahrscheinlich einige Fälle infolge der schwierigen Diagnostik unerkannt; darauf weisen Wewiorowsky, Perkel hin und unter anderen auch Lissowskaja, die der Meinung ist, das „besonders seitens der Chirurgen und Urologen die Bedeutung dieser Pilze unterschätzt wird".

Daher ist ein jeder neue Fall von Blastomykosis, in dem die Diagnose, infolge der unbestrittenen ätiologischen Rolle der ausgeschiedenen Hefepilze, keinen Zweifel zuläßt, von größtem Interesse und verdient veröffentlicht zu werden. Ich erlaube mir auf die Literatur dieser Frage nicht näher einzugehen, da sie in allerletzter Zeit sowohl in der ausländischen als auch in der speziellen russischen periodischen Presse (Efron, Perkel, Grschebin, Maschkilleison und andere)[1]) genügend illustriert ist und gehe direkt zur Beschreibung unseres Falles über.

Krankengeschichte Nr. 3140. K. S., kranker Knabe, 12 Jahre alt, Sohn eines Bauern vom Gouvernement Smolensk, Kreis Roslawl. Trat in die Klinik am 12. Mai 1925. Klagte über verbreitete Kopfgeschwüre. Gibt an, vor 2 Jahren an den Masern krank gewesen zu sein. Vom 5. Jahre an erschienen beim Kranken jeden Frühling auf den unbekleideten Körperteilen, besonders auf dem Gesicht, Bläschen, die schmerzhaft waren und eiterten, im Herbst vergingen diese Elemente. Von seiten der Vererbung wird nichts Pathologisches vermerkt. Die Mutter hatte 6 Schwangerschaften, die alle ohne Störungen verliefen.

Die vorliegende Erkrankung begann ohne jegliche bestimmte Ursache im Juni 1924. Auf dem behaarten Kopfteile, im Bereich des Wirbels, erschien am Anfang ein haselnuß-

[1]) Ausführliche Literatur über die Blastomykose ist in den Aufsätzen von Grschebin und Maschkilleison in der Derm. W., 1926, Nr. 23 u. 24, und Maschkilleison, Derm. W., 1926, Nr. 34 u. 35 veröffentlicht.

Digitized by Google

großer entzündlicher Knoten, welcher sich allmählich vergrößerte. Bald öffnete er sich und bildete ein allmählich an Ausdehnung zunehmendes Ulkus; in der Landkrankenstelle wandte man spezifische Therapie an (Schmierkur + 2 Neosalvarsaninjektionen). Eine Besserung trat jedoch nicht ein, und der Zerstörungsprozeß verbreitete sich ziemlich schnell. Infolge des bedrohlichen Charakters, den die Erkrankung annahm, wurde der Kranke ins dermatologische und venerologische Krankenhaus der Universität Smolensk gebracht, wohin er am 12. Mai 1925 kam. Bei der Aufnahme in die Klinik konstatierte man eine Entblößung des Os occipitale auf einer Strecke von 5 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite und des linken Scheitelbeins mit angedeuteter Nekrotisierung. In der Klinik verordnete man dem Kranken eine spezifische Therapie: er erhielt etwa 12 Neosalvarsaninjektionen, einen Kursus Bismutogwiinjektion[1]), Quecksilberschmierkur und Jodkali. Trotz der sehr energischen Behandlung progressierte der Prozeß unvermeidlich.

Von seiten der Lymphdrüsen fand man: Schwellung, sind zahlreich, mit den subkutanen Geweben nicht verwachsen und erreichen Haselnußgröße.

Im November 1925 wurde der Kranke präventiv in der medizinischen Sektion der Gesellschaft für Ärzte und Naturforscher an der Staatsuniversität Smolensk mit der Wahrscheinlichkeitsdiagnose: tiefe Blastomykose — Typus Bussɛ-Buschke — demonstriert.

Abb. 1

Status praesens zur Zeit der Demonstration. Die größere Hälfte des behaarten Kopfes (links) und der obere Teil der Stirn stellten eine ulzerierende Fläche mit tiefem unebenem Boden vor, sind mit übelriechendem, eitrigem, grünlich-gelb gefärbtem Sekret bedeckt, die Ränder sind unterminiert, sehr hoch, erheben sich in Form eines Walls. Stellenweise dringt die Ulzerationsfläche in Gestalt von fistulösen Gängen weit in die Tiefe. Der Boden der erwähnten Fläche ist weich, die Ränder teigartig. An den Stellen, wo das Geschwür granuliert, sind die Ränder viel fester. Beträchtliche Teile des Os occipitale und parietale sind entblößt und im Zentrum nekrotisisch (siehe Abb.). In beiden Lungen zeigten Röntgenogramm fibröse Veränderungen, Schatten an beiden Spitzen. An der rechten Spitze pathologische Exspiration. Herz nach links erweitert. Milz und Leber geschwollen.

Die Temperatur ist entweder normal oder erhöht sich auf 2—3 Zehntel über Normal. Das Gewicht des Kranken fällt fortwährend, am 7. XII. 1925 22,9, am 22. XII. 1925 22,2, am 4. I. 1926 20,17. Urin klar, Reaktion stark sauer. Eiweisgehalt 0,09%, Zucker fehlt. Im Sediment N.

Morphologischer Blutbestand:

Hämoglobin — 45% nach Sahli
Leukozyten — 12,000
Erythrozyten — 4000000

Leukozytäre Formel:

Neutr. Segm.	38%
Stäbchen	15%
Lymphozyten	16%
Monozyten	21%
Eosinophile Zellen	4%
Basophile	1%
Jungformen	5%

Während der am 3. XII. vorgenommenen Biopsie entnahm man 2 Stückchen; das erste schnitt man aus dem Bereiche total geschädigter Haut, hier sieht man den Ausgangspunkt des entzündlichen Herdes nicht.

[1]) Bismutogwi — russisches Bismutpräparat — stellt eine 40%ige Ölsuspension von Bismuti bitartarici und 10% Metall vor. Wird von der Firma Gosmedtorg-Moskau angefertigt.

Digitized by Google

Der histologische Befund ergab: Epidermis fehlt. Der ganze zur Untersuchung gelangte Teil ist von Eiterzellen durchsetzt. Das Infiltrat ist so mächtig, daß man darunter den Bau des Derma nicht unterscheiden kann. Das Infiltrat enthält Lymphzellen, Epithelzellen, außerdem noch Plasma-, Mastzellen und in geringen Mengen Riesenzellen. Leukozyten werden in den oberflächlichen Dermaschichten zahlreich angetroffen. Die histologische Analyse des anderen Stückchens, in dem ein Teil von noch nicht völlig erkrankter Haut erhalten wurde, ergab Epidermisreste, die freilich sehr alteriert waren. In den epidermalen Zellen trübe Schwellung, 1. und 2. Typus seröser Entzündung. Jedoch besonders stark sind die dermalen Veränderungen. Das Gewebe ist ödematös, enthält ein reichliches, hauptsächlich rundzelliges Infiltrat, stellenweise sieht man einzelne Zellenanhäufungen, an anderen Stellen ist es diffus und erstreckt sich von der Epidermis bis zur Tela subcutanea. Elastisches Gewebe fehlt. Im Bereich der diffusen Infiltration fehlen die Gefäße, jedoch in Teilen des Präparats, die mit der noch nicht total zerstörten Haut in Berührung stehen, kann man Gefäßen begegnen, die oft beträchtlich alteriert sind.

Im ganzen Präparat findet man keine Hautadnexe, Haarreste natürlich ausgenommen. Der Infiltratbestand blieb derselbe wie im vorigen Präparat. Die exakte Untersuchung ergab nur in einem Präparat Rundzellen, die morphologisch sehr an Blastomyzeten erinnerten, jedoch können wir infolge der nicht völlig klaren Färbung diesen Befund nicht kategorisch behaupten.

Das klinische Bild der Erkrankung verbesserte sich infolge von Einführung per os großer Dosen von Jodkali. Gewissermaßen auf dem okzipitalen Teile der Störung, der hohe unterminierte, herabhängende Ränder aufwies, erschienen Granulationen; das fadenziehende, reichliche, eitrige Sekret verringerte sich quantitativ bedeutend; dafür begann der Prozeß von der anderen Seite, auf der Stirn, sich zu den Augen hin zu erstrecken, wonach ein Ödem des ganzen Gesichts eintrat.

Der Eiweißgehalt im Urin steigerte sich bis 0,6%; Temperatur durchschnittlich 37,5; das Gewicht des Kranken fällt beständig. Der Kranke wurde am 1. Dezember 1925 nach Moskau zwecks Demonstration in der Moskauschen dermatologischen Gesellschaft, gewidmet A. I. POSPELOW[1]), gebracht und vorher zeitweilig im venerologischen Staatsinstitut, gewidmet Prof. B. M. BRONNER, untergebracht, wofür ich hier dem Direktor des Instituts, Prof. N. S. EFRON, meinen Dank ausspreche.

Während des Aufenthaltes im Institut wurde von Prof. J. A. FINKELSTEIN und der Laborantin E. E. SIGALOWA liebenswürdig Folgendes ausgeführt:

Bei einer Aussaat der biopsierten Gewebe vom Krankenherde auf Agar SABOURAUD resultierte am 5. Tage außerhalb des Thermostats eine Blastomyzetenkultur von weißlicher Cremefärbung. Der mikroskopische Befund ergab runde Hefezellen, größtenteils im Sprossungsstadium. Myzelfäden wurden nirgend gefunden. Die gegebene Kultur vergärt die Sacchariden nicht (Glukose, Maltose, Laktose). Agglutination in Verdünnungen von $^1/_{10}$—$^1/_{1000}$ mit inaktiviertem und uninaktiviertem Serum vom Kranken fiel negativ aus. B. BORDET-GENGOU mit Antigen aus einer Emulsion der Kultur in physiologischer Kochsalzlösung und mit Antiformin-Antigen resultierte unbestimmt.

Die Aussaat des Blutes vom Kranken auf Bouillon-Nährboden von SABOURAUD wurde dreimal vorgenommen (in der dermatologischen Klinik der Staatsuniversität Smolensk, am venerologischen Staatsinstitut und im Smolensker staatsbakteriologischen Institut) und gab ein negatives Resultat.

Experimente an Tieren: Weiße Maus starb 6 Tage nach Einführen von 5 Maschen Kultur unter die Haut. Aussaat von Lungen, Leber, Nieren, Milz, Blut und Urin der zugrunde gegangenen Maus resultierte Blastomyzetenkulturen. Die intradermale Reaktion mit Vakzine, welche aus vom Kranken ausgeschiedener Blastomyzetenkultur bereitet wurde, ergab bei allen Verdünnungen ein scharf positives Resultat. Kontrolle mit dieser Reaktion, die an einer Syphiliskranken angestellt wurde, fiel negativ aus. Ein negatives Resultat erhielt man mit Staphylokokkenvakzinereaktion, die bei unserem Kranken gemacht wurde.

Nach der Rückkehr aus Moskau in die Klinik der Staatsuniversität Smolensk verschlimmerte sich das Allgemeinbefinden des Kranken trotz der zu beobachtenden Heilung des entzündlichen Herdes. Jegliche therapeutischen Eingriffe schlugen fehl. Die Temperatur hielt sich fast beständig im Bereiche von 38°. Eine in Moskau begonnene

[1]) Der Kranke wurde in der Gesellschaft im Februar 1926 von Dr. MASCHKILLEISON demonstriert, wofür ich ihm meinen Dank ausspreche.

Digitized by Google

Diarrhoe dauert fort, bisweilen 5—6mal täglich; nach Darreichung von Jodkali verstärkte sich die Diarrhoe, und mußte daher dasselbe ausgesetzt werden. Am 20. III. erschien zugleich mit der Verschlimmerung des Allgemeinbefindens eine Schwellung, die nach einiger Zeit, immer stärker werdend, die ganze Körperoberfläche ergriff. Am 25. III. begann der Kranke über Schmerzen im Bereiche beider Lungen zu klagen. Die Untersuchung ergab an beiden Seiten Schalldämpfung. Es wurden 500,0 serös-fibrinöse Flüssigkeit durch Punktion entleert. Von der Flüssigkeit impfte man auf Sabouraud's Nährboden; nach einigen Tagen wies Prof. Isabolinsky im Smolensker Bakteriologischen Institut einen Wuchs weißer Kolonien nach. Dieselben ließen mikroskopisch Myzelfäden und relativ wenig Hefezellen feststellen.

Analyse der serös-fibrinösen Flüssigkeit aus den Pleurahöhlen ergab: Färbung weißlich-gelb, Durchsichtigkeit trübe, Eiweiß 0,3%, Rivaltsche Reaktion positiv.

Mikroskopische Analyse: Das ganze Präparat ist mit Leukozyten besät. Im nach Gram gefärbten Präparat werden keine Bakterien gefunden. Im nach Giemsa gefärbten viele neutrophile, einzelne Lymphozyten und Monozyten. Viel Zellen mit Grobkörnigkeit und einem großen runden Kern.

Trotz der großen Menge entleerter Flüssigkeit erschienen nach 4—5 Tagen wieder starke Schmerzen im Bereiche der Lungen, und bei der Perkussion konnte man wiederum eine beträchtliche Menge Flüssigkeit konstatieren.

Die Temperatur hielt sich standhaft in folgenden Grenzen 38°—38,5°. Der Kranke starb am 20. IV. 1926 unter Erscheinungen eines allgemeinen starken Ödems, fortschreitender Kachexie und Lungenödems.

Obduktionsprotokoll[1]). Knabenleiche von regelmäßigem Bau, mittel genährt. Stark anämisch. Die ganze linke Hälfte des Kopfes ist mit Geschwüren und fleischartigen Höckern bedeckt, an ihrer Oberfläche sieht man eitrige Massen. Nach Eröffnung der Schädeldecke findet man folgendes: Rechts im Winkel zwischen dem Schläfen-, Stirn- und Scheitelbein befindet sich eine Öffnung, die in die Schädelhöhle führt und 2 Finger leicht durchläßt; Dura mater ist fest, mit den Schädelknochen verwachsen; nachdem sie vom Knochen abgelöst wird, sieht man flache Verdickungen an der Innenfläche des Knochens, so groß wie eine 20-Kop.-Münze, von grauweißer Färbung; ein ebensolcher Knoten von der Größe einer 10-Kop.-Münze ist in der Dura mater vorhanden. Längenmaß des Gehirns 20 cm, Breite 16,5, Dicke 6,5. An der oberen Fläche des linken Lobus frontalis entsprechend den Knoten in der Dura mater bemerkt man eine kleine Einsenkung. Die Gehirnhüllen sind mäßig ödematös, im Bereiche der Basis über dem Tuber cinereum ist die Hülle etwas verdickt und trübe. Die Ventrikel sind dilatiert.

Die Zungenpapillen sind groß. Rechte Tonsillen sehr hypertrophiert. Die linke etwas weniger. Thymus ist fest, von normaler Größe. In den Pleurahöhlen eine bedeutende Menge Flüssigkeit, in der rechten trüb, in der linken durchsichtig. Am unteren Teile der Rippenpleura rechts massive fibrinöse Schichtungen, unter denen über der rechten XII. Rippe sich ein weißer, flacher, derber Knoten von der Größe einer Haselnuß befindet. Diaphragma seitens der rechten Pleurahöhle ist rot und mit fibrinösen Schichten bedeckt.

Im unteren Lobus der linken Lunge, ganz am Rande, befindet sich ein kirschgroßer, blaßgrauer Knoten, derb im Durchschnitt, nebenan ein ebensolcher Knoten. Der untere Lobus weist eine Stauung auf, enthält wenig Luft. Die rechte Lunge hat eine dermale Konsistenz, ist graurosa gefärbt, enthält wenig Luft. Der untere Lobus ist mit grauen Belägen bedeckt. Die Drüsen des Lungenhilus und des Mediastinums sind schwarz und von der Größe einer Kirsche. Im oberen Lobus der rechten Lunge befindet sich ein kleines tuberkulöses, vernarbtes Knötchen. Perikardiumhöhle normal. Herzlänge $9^1/_2$ cm, Breite $7^1/_2$, Dicke $4^1/_2$. Rechter Ventrikel enthält weiße Gerinnsel, die Klappen sind normal. Das Endokardium der linken Kammer ist verdickt, weiß gefärbt. In der Abdominalhöhle findet man eine trübe Flüssigkeit mit Fibrinflocken. Milzlänge $10^1/_2$ cm, Breite $7^1/_2$, Dicke 3,5, von einer rosa Fliederfarbe, derber Konsistenz und unregelmäßiger Form. Auf dem Durchschnitt ist sie rosa gefärbt, auf der Oberfläche treten klare weißliche Körner hervor, die kleiner als ein Linsenkorn sind. Leberlänge 20 cm, Breite 13,25, Dicke 7. Die Oberfläche ist glatt, die Schnittfläche gelblichrosa. Die Nieren sind groß, welk, weiß, die Kapsel läßt sich leicht ablösen, die Schnittfläche gelblich gefärbt, Rindensubstanz verdickt. In der rechten Niere ist das Becken dilatiert, der Ureter verdickt,

[1]) Obduktion wurde von Prof. W. W. Aljakritzky vollzogen, eine genaue histo-pathologische Übersicht dieses Falles wird von ihm in einer besonderen Arbeit gegeben werden.

Digitized by Google

das Mesenterium ödematös geschwollen, im Netz viel Fett. Am Bauchfell unter dem Magen und auf dem Pankreas liegt ein Eitergerinnsel. Die Abdominaldrüsen sind von der Größe einer Kirsche. Die Magen- und Darmschleimhaut ist ödematös und anämisch. Appendix ist verwachsen. Der Darminhalt ist flüssig, blaßgelb gefärbt. Das Pankreas ist von derber Konsistenz, an der Schnittfläche blaß. An seiner Oberfläche in der Bauchhöhle befindet sich ein fibrinös-eitriges Gerinnsel. Starke allgemeine Anämie des ganzen Körpers. Diagnose: Blastomycosis cutis ulcerosa; Caries ossis parietalis; Pleuritis et Pneumonia purulenta; Amyloidos. lienis; Degeneratio parenchymatosa cordis, hepatis et renum. Hydronephrosis dextra. Sepsis.

Wir beginnen die Erläuterung unseres Falles vom klinischen Gesichtspunkt aus. Schon auf Grund der ersten Untersuchung kann man solche Erkrankungen, wie Tuberkulose und Kanzer, ausschließen und mußte zuerst an Syphilis denken. Jedoch läßt die Tiefe der Läsion mit massiven herabhängenden Rändern in Gestalt von üppigen, weichen, leicht zerreißbaren Wällen, die tiefe Taschen bilden, das ungewöhnlich reichliche eitrig-gangränöse Sekret an der syphilitischen Natur dieser Erkrankung zweifeln. Gegen Syphilis spricht auch der Krankheitsverlauf. Die schwersten gummösen Prozesse können jahrelang dauern, ohne solche schweren Affektionen hervorzurufen, wie wir sie in diesem Falle vor uns haben. Somit müssen wir unbedingt nur auf Grund des klinischen Bildes durch Elimination einer anderen Hauterkrankung zuerst an Blastomykose denken, nämlich an ihre tiefe Form. Wenn wir uns der Klinik dieser Krankheit oder richtiger der Beschreibung, welche Busse und Buschke für die europäische Form der Blastomykose geben, zuwenden, so sehen wir, daß hier das klinische Bild durch zahlreiche, sozusagen gummöse Knoten charakterisiert ist, welche sich sogar aus einem Knoten bald in ein großes Ulkus mit scharfen zerklüfteten Rändern umwandeln. Der Ulkusboden ist sehr schmerzhaft und sondert viel Eiter ab. Dieses Bild bestimmt im großen und ganzen das, was wir in unserem Falle vorfinden. Natürlich genügt das eben Gesagte bei weitem nicht, um an der Diagnose Blastomykose festzuhalten. Letztere wird am besten durch den Umstand bekräftigt, richtiger gesagt, die Syphilis wird ausgeschlossen, daß die energische Therapie mit allen uns zur Verfügung stehenden spezifischen Mitteln den Prozeß nicht aufzuhalten vermochte und daß die Affektion unabwendbar fortschritt, immer neue Teile ergreifend. Das letztere scheint uns besonders wichtig zu sein, wenn man bedenkt, daß die schwersten gummösen Affektionen sogar mit Gangränerscheinungen, in einer bestimmten, freilich bisweilen sehr langen Zeit, wie unsere eigenen Beobachtungen zeigten, zur Heilung gebracht werden. Gewissermaßen sind auch die dreimal negativ ausgefallene WR und SGR von Bedeutung. Beiläufig muß darauf hingewiesen werden, daß unzweifelhafte Fälle von Blastomykose auch mit positiver WR beobachtet werden konnten (Prof. N. Efrons Fall, Venerologie und Dermatologie, 1924, Nr. 3).

Wenn wir also auf Grund des klinischen Bildes nicht die Möglichkeit haben, endgültig die Diagnose Blastomykose zu fixieren, so spricht doch vieles gegen die Syphilis.

Was die histologische Untersuchung des befallenen Bezirks anlangt, so liefert sie keine genügend bestimmten Angaben [1]), und darum werden

[1]) Die histologisch erwiesenen Rundzellen, die an Blastomyzeten erinnern, erscheinen unserer Meinung nach nicht überzeugend.

Digitized by Google

wir uns hierbei nicht aufhalten und zur Schätzung bakteriologischer Befunde übergehen.

Bei der Aussaat des biopsierten Gewebes von der Affektionsstelle auf Sabouraudsches Agar resultierte am 5. Tage ohne Thermostat eine Blastomyzetenkultur von weißer Cremefarbe. Diese bestand aus runden Hefezellen, von denen viele sich im Sprossungsstadium befinden. Myzelfäden werden nicht angetroffen. Die erhaltene Kultur vergärt die Zuckerarten nicht. Versuche an Tieren: 6 Tage nach der Einführung von 5 Maschen Kultur unter die Haut einer weißen Maus verendete dieselbe. Aussaat aus Lungen, Leber, Nieren, Milz, Blut und Harn ergab Blastomyzetenkultur. Intradermale Reaktion mit der vom Kranken gewonnenen Blastomyzetenkultur löste bei allen Verdünnungen ein scharf positives Resultat aus (Genaueres siehe in der Krankengeschichte).

Was aber besonders wichtig erscheint, ist diejenige Reinkultur der Blastomyzeten, welche wir nach der Aussaat von der sterilerweise aus der Pleurahöhle erhaltenen Flüssigkeit erhielten. Diese Kultur ist weiß, zeigte bei mikroskopischer Untersuchung eine Menge Myzelfäden und wenig Hefezellen. Wenn wir somit alle diese erhaltenen Angaben zusammenfassen, so scheint uns die Diagnose Blastomykose völlig überzeugend.

Freilich kann man, wenn Zweifel vorliegen, eine jede von den erwähnten Untersuchungen, einzeln genommen als nicht völlig überzeugend ansehen, aber alle zusammen genommen sind imstande, objektiv die Diagnose der Blastomykose zu bekräftigen.

Endlich erhielten wir recht wichtige Angaben als Resultat der Autopsie. Schon die Tatsache des Todes erscheint gewissermaßen als Beweis für die Blastomykose, da, wie bekannt, die tiefe Form oft letal ausfällt. Pleuritis und Pneumonia purulenta, Amyloides lienis, die parenchymatöse Regeneration der inneren Organe, all dieses bekräftigt die gestellte Diagnose.

Es muß noch die Frage erläutert werden, zu welcher Form von Blastomykose dieser Fall bezogen werden muß, da er mit keiner von den beschriebenen Formen völlig übereinstimmt. Wenn unser Fall tatsächlich am meisten der 1. Form [1]) gleicht (europäische Form von tiefer Blastomykose der Haut Busse-Buschke), so widerspricht die aus der pleuralen Flüssigkeit erhaltene und hauptsächlich aus Myzelfäden bestehende Kultur diesem scheinbar, obgleich freilich in der Aussaat von den Kopfulzerationen Kulturen ohne Myzelfäden ausgeschieden wurden. Unter anderem wird in einer Reihe von Arbeiten, auch in Maschkilleisons, die Möglichkeit einer Mutation notiert.

Somit, wenn wir beobachten, daß die Klassifikation der Pilze bei weitem noch nicht als bestimmt anzusehen ist und in der Literatur oft Hinweise angetroffen werden, daß bei einer Blastomykosenform Pilze ausgeschieden werden, die für andere Formen charakteristisch sind, so erwiesen sich bei Perkel bei einem klinischen Bilde von Blastomykose Typus Gilchrist in den Kulturen Saccharomyces, müssen wir trotzdem

[1]) Genauere Klassifikation ist in der Arbeit von Maschkilleison, Derm. W., 1926, Nr. 34—35, angeführt.

Digitized by Google

feststellen, daß wir tatsächlich diese Form der tiefen Blastomykose vor uns haben, die von Busse und Buschke zuerst beschrieben wurde.

Zum Schluß gestatten wir uns zu bemerken, daß unser Fall seiner Rarität wegen einerseits und seiner Beweiskraft andererseits bemerkenswert erscheint, und wie es uns in der zugänglichen Literatur festzustellen gelang, der erste in unserer Union als primäre Blastomykose der Haut mit Autopsie beobachtete ist.

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus II, Hannover

Über Thallium-aceticum-Epilation bzw. ihre Kombination mit Röntgenstrahlen

Von

Prof. Dr. Stümpke

Auf der ersten Tagung niedersächsischer Röntgenologen am 15. Januar d. J. habe ich (1) in einem kurzen Vortrag auf die großen Vorzüge hingewiesen, die wir nach wie vor der Röntgenepilation bei der Behandlung der Mikrosporie zuerkennen müssen, und erwähnte dabei gleichzeitig die neuerdings im Mittelpunkt des Interesses stehende, von Buschke (2) experimentell begründete und von ihm und anderen, zum Teil ausländischen Autoren (3) in der Praxis, zum Teil an großem Material angewandte Thallium-aceticum-Epilation. Ich stand damals erst im Beginn meiner diesbezüglichen Erfahrungen und konnte daher in jenem kurzen Bericht eigenes Material nicht bekannt geben, wies aber schon damals darauf hin, daß gewisse bisher gemachte Beobachtungen bei der Thallium-aceticum-Therapie, insbesondere bezüglich seiner Verträglichkeit doch zur Vorsicht, zum mindesten zu scharfer Kritik aufforderten, und man jedenfalls nicht berechtigt sei, eine an sich auf Grund langer Erfahrung als brauchbar und leistungsfähig anerkannte Methode, wie die Epilation mittels Röntgenstrahlen, nunmehr zum alten Eisen zu werfen.

Zunächst ist hervorzuheben, daß die Epilation doch offenbar nicht in allen Fällen vollständig ist bzw. glatt vonstatten geht. Wir sahen bei 5 Kindern im Alter von 4—7 Jahren, die wegen Mikrosporie in den letzten Monaten von uns behandelt waren, daß die Enthaarung doch nicht ganz so schmerzlos vor sich ging, wie wir das bei hunderten von Fällen im Laufe der letzten 7—8 Jahre nach der üblichen Röntgenepilation in der Regel beobachteten, trotzdem wir die volle, von Buschke geforderte Dosis von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht auch bei ihnen verabfolgt hatten — von Cicero wurden bei Kindern unter 4 Jahren nur 5 mg, bei älteren 7 mg gegeben. — In einem dieser Fälle waren wir sogar gezwungen, eine Röntgenbestrahlung, wenn auch mit reduzierter Dosis, anzuschließen.

T., Walter, 6 Jahre, Mikrosporie (Pilze +), 8. I. 1927. 168 mg Thallium aceticum bei 21 kg Körpergewicht; 25. I. 17 Tage nach Einnahme des Medikamentes sitzen die Haare noch so fest, daß überhaupt nicht epiliert werden kann; deswegen wird mit der halben Epilationsdosis nachgeröngt.

Therapie: Vorderkopf: Röntgen; $^1/_2$ Epilationsdosis ($5 \times ^1/_2$ mm Al.-F.), beide Seiten: Röntgen; $^1/_2$ Epilationsdosis ($5 \times ^1/_2$ mm Al.-F.). 27. I. Hinterkopf: Röntgen; $^1/_2$ Epilationsdosis ($5 \times ^1/_2$ mm Al.-F.). Kuppe: Röntgen; $^1/_2$ Epilationsdosis ($5 \times ^1/_2$ mm Al.-F.). 7. II. Erst 11 bzw. 13 Tage nach dem Röntgen lassen sich die Kopfhaare leicht epilieren. 11. II. Epilation beendet!

Man muß also offenbar mit gelegentlichen Versagern rechnen, deren Kenntnis deswegen von Bedeutung ist, weil in einem solchen Falle die Versuchung nahe liegt, erneut Thallium aceticum zu verabfolgen: so erwähnt auch Cicero eine Beobachtung an 2 Kindern von 6 und 8 Jahren, die auf die übliche Dosis keinen Haarausfall bekamen; er wiederholte die Medikation im Beginn der 5. Woche mit 9 mg pro Kilogramm Körpergewicht. 13 Tage nach dieser zweiten Applikation erkrankte das eine Kind mit choreatischen Zuckungen, die der Autor als toxische Chorea der Thallium-aceticum-

Digitized by Google

Wirkung zur Last legt; auch an dem zweiten Kinde traten Vergiftungserscheinungen auf — Schwäche in den Beinen, Schmerzen in Knie- und Fußgelenken —, die aber dann bald wieder zurückgingen.

Wie vorsichtig man mit Überdosierung sein muß, zeigt folgender von uns beobachteter Fall:

S., Heinrich, 23 Jahre, Kontorist, Alopecia areata. Seit 3 Jahren mit den verschiedensten Verfahren erfolglos behandelt, erhält 8,07 mg Thallium aceticum pro Kilogramm Körpergewicht, und schon 2 Tage später treten heftige Leib- und Gliederschmerzen auf, auch Atmungsbeschwerden, die innerhalb von 8 Tagen an Intensität zunehmen und erst innerhalb von 3 Wochen völlig verschwinden.

Es liegen also offenbar beim Thallium aceticum die Dosis curativa und toxica sehr nahe beieinander, so daß keinerlei Überdosierung statthaft ist.

Tritt also nach der Verabfolgung von Thallium aceticum kein Epilationseffekt ein, so wird man entweder nach Ablauf der für den Eintritt der Enthaarung in Frage kommenden Zeit — 3—4 Wochen! — eine sehr viel kleinere Dosis wählen müssen oder aber am besten sogleich mit Röntgenstrahlen kombinieren, letztere mit oder ohne gleichzeitige geringere Thallium-aceticum-Gabe.

Die Röntgentherapie wird man überhaupt in allen den Fällen, wo die Möglichkeit ihrer exakten Durchführung besteht, zweckmäßig mit heranziehen: einmal aus dem eben schon angegebenen Grunde, zur Vermeidung der Dosis toxica, dann aber auch für solche Fälle, entsprechend dem Vorschlage Buschkes, wo es darauf ankommt, einen umschriebenen Epilationseffekt zu erzielen, bei Vermeidung einer allgemeinen Alopezie, z. B. bei Hypertrichosis, oder, wie ich hinzufügen möchte, einer Sycosis coccogenes oder Trichophytie. Es kann dann neben Herabsetzung der Thallium-aceticum-Gabe auf die Hälfte auch die Röntgendosis erheblich reduziert werden.

Aus erster Indikation wurden 3 Mikrosporiekinder von uns kombiniert behandelt:

1. B., Elfriede, 4 Jahre, Mikrosporie (Pilze +), 8. IV. Thallium aceticum 64 mg bei 16 kg Körpergewicht. 9. IV. Röntgen: Vorderkopf und beide Seiten: 5 × 1/2 mm Al.-F. 11. IV. Röntgen: Hinterkopf und Kuppe: 5 × 1/2 mm Al.-F. 26. IV. Die Haare haben sich so gelockert, daß sie sehr leicht epiliert werden können.

2. B., Rudi, 8 Jahre, Mikrosporie (Pilze +). 2. IV. Thallium aceticum 88 mg bei 22 kg Körpergewicht. 4. IV. Röntgen: Vorderkopf und beide Seiten: 5 × 1/2 mm Al.-F. 5. IV. Röntgen: Hinterkopf und Kuppe: 5 × 1/2 mm Al.-F. 19. IV. Die Haare haben sich so gelockert, daß sie sehr leicht entfernt werden können. 21. IV. Epilation beendet.

3. B., Lisa, 3 Jahre, Mikrosporie (Pilze +). 8. IV. Thallium aceticum 48 mg bei 12 kg Körpergewicht. 9. IV. Röntgen: Vorderkopf und beide Seiten: 5 × 1/2 mm Al.-F. 11. IV. Röntgen: Hinterkopf und Kuppe: 5 × 1/2 mm Al.-F. 27. IV. Die Haare haben sich so gelockert, daß sie sehr leicht entfernt werden können. 28. IV. Epilation beendet.

In allen 3 Fällen war die Epilation sehr leicht, leichter als nach Thallium aceticum allein, erfolgte gegen Mitte bzw. Ende der 3. Woche nach Thallium-aceticum-Einnahme; andere Haare außer den Kopfhaaren kamen nicht zum Ausfall.

Aus letzterer Indikation je ein Fall von Impetigo faciei et nuchae chronica, Sycosis coccogenes und Trichophytie.

1. G., Franz, 30 Jahre, Arbeiter, Hannover: Seit Jahren Ausschlag im Gesicht, vor allem den Bartpartien und auch in der Nackengegend; oft in ärztlicher Behandlung gewesen, auch wiederholt mit Epilationsdosis geröntgt; stets rückfällig.

Nach gleichzeitiger Gabe von 4,0 mg Thallium aceticum pro Kilogramm Körpergewicht und Applikation einer halben Epilationsdosis unter 1 mm Al. gefiltert auf die Bart- und Nackengegend erfolgt schmerzlose Epilation schon nach 8 Tagen. Die auffallend frühe Epilation in diesem Falle hängt offenbar damit zusammen, daß Pat. schon 4 Wochen vorher eine 1/2 Thallium-aceticum-Gabe erhalten hatte, der erst 9 Tage später die Röntgentherapie, wie oben, angeschlossen war — infolge eines Versehens, ohne jeden Epilationseffekt bei diesem Vorgehen.

Die Haare waren in diesem Falle auch etwas auf dem Kopf ausgefallen, wurden aber bald wieder fest.

2. H., Alois, 33 Jahre, Arbeiter, Hannover: Seit 5 Monaten Ausschlag in der Bartgegend und auf dem behaarten Kopf; er lag wegen dieser Erkrankung

Digitized by Google

schon monatelang in anderen städtischen Krankenhäusern, ohne daß eine Besserung erzielt wäre.

Nach gleichzeitiger Gabe von 4,0 mg Thallium aceticum pro Kilogramm Körpergewicht und Applikation einer halben Epilationsdosis auf die Bartgegend (wie oben) setzt die Epilation nach 14 Tagen in der Bartgegend ein, allerdings gut nur an der Lippenpartie, Kinn und vorderen Wangenpartie, während an den hinteren Wangenpartien die Haare auch nach Ablauf der üblichen 3 Wochen noch sehr fest sitzen.

Dagegen zeigen die Kopfhaare, die nicht geröntgt waren, sehr starken Ausfall, ohne daß es jedoch zu einer direkten Kahlköpfigkeit gekommen wäre.

Wir müssen also im Falle 2 feststellen, daß trotz nur halber Thallium-aceticum-Gabe die Kopfhaare, gegen die Absicht, zum Ausfallen kamen, während trotz gleichzeitiger Röntgenbestrahlung die Barthaare nicht sämtlich den gewünschten Epilationseffekt erkennen ließen. Den gleichen Haarausfall nach nur halber Thallium-aceticum-Gabe stellten wir auch fest bei Fall 3:

B., Karl, 48 Jahre, Arbeiter, Hannover. Seit langer Zeit Ausschlag an Hals- und Wangenpartie. Es handelt sich um eine mit Knotenbildung einhergehende Trichophytie an oben genannten Stellen. Behandlung wie in den vorigen Fällen.

4 Tage nach Thallium-aceticum-Einnahme stellt sich Druckgefühl beim Einatmen ein, die Beschwerden dauern im ganzen reichlich 4 Wochen, auch eine leichte Obstipation, die der Kranke bisher nicht gehabt hatte.

Die Epilation setzt 13 Tage nach Thallium-aceticum-Gabe ein und ist am 17. Tage vollendet. Gleichzeitig beginnt, wenn auch nur relativ mäßig, Ausfall der Kopfhaare.

Anders liegen die Verhältnisse im 1. Fall, da hier ja eine volle Thallium-aceticum-Gabe, wenn auch fraktioniert, gegeben worden war.

Jedenfalls zeigt die Erfahrung mit Fall 2 und 3, daß selbst in Fällen, die nur eine halbe Thallium-aceticum-Dosis bekommen haben, ein Haarausfall auch an den anderen, nicht geröntgten Teilen nicht sicher ausgeschlossen werden kann.

Trotz unseres geringfügigen Materials glauben wir unter gleichzeitiger Berücksichtigung der in der Literatur vorliegenden Beobachtungen und insbesondere auch unter Bewertung des Standpunktes von Buschke und seinen Schülern doch folgendes zusammenfassend sagen zu können:

1. Thallium aceticum ist eine wertvolle Bereicherung unserer Methoden, die eine vollständige und schmerzlose Epithelisierung zum Ziele haben.

2. Sie ist indiziert in erster Linie dort, wo exakte Röntgentherapie sich nicht durchführen läßt.

3. Ist letztere möglich, so ist das oben geschilderte kombinierte Verfahren zu empfehlen — Röntgen + Thallium aceticum —, da einmal die Epilation nach Thallium aceticum nicht immer so exakt vor sich geht wie nach einer Röntgenepilationsdosis, andererseits aber auch bestimmte Erfahrungen vorliegen, die bezüglich der zu verabfolgenden Dosis bei Thallium aceticum zu einer gewissen Vorsicht mahnen. Endlich auch aus dem von Buschke besonders hervorgehobenen Gesichtspunkt.

4. Diese letztere kombinierte Methode ist noch weiter auszubauen, da für die Festlegung sowohl der reduzierten Röntgen-, wie Thallium-aceticum-Dosis das vorliegende klinische Material noch zu gering ist.

5. Hervorzuheben ist nochmals — siehe meine Bemerkungen auf der Tagung niedersächsischer Röntgenologen am 15. I. 1927 —, daß die Schädigungen nach Röntgen allein bei exakter Dosierung, auch bei kleinen Kindern (Mikrosporie), geprüft an großem Material, außerordentlich gering sind.

Literatur

1. Stümpke, Zur Bewertung der Röntgentherapie bei Mikrosporie. Strahlenther., Bd. 25, S. 358. — 2. Buschke, Über experimentelle Erzeugung von Alopezie durch Thallium. Sonderabdruck aus den Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Breslau 1901. — Buschke, Langer und Peiser, Die Epilation bei Haarpilzerkrankungen mittels Thalliumazetat und ihre experimentelle Begründung. Derm. W., 1926, Bd. 83, Nr. 27, S. 971—980. — Buschke und Peiser, a) Experimentelle Beobachtungen über Beeinflussung des endokrinen Systems durch Thallium. M. Kl., 1922, Nr. 23. b) Die Wirkung des Thalliums auf das endokrine System. Kl. W., 1, Nr. 20. c) Weitere experimentelle Ergebnisse über endokrine Störungen durch Thallium. Kl. W.,

Digitized by Google

1923. — 3. Cicero, zitiert nach Peter. — Felugo, Rimascenza med., 1925, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 19. — Fiocco, Giorn. ital. di derm. e sifil., 1925, ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 18. — Kleinmann, M. Kl., 1926, H. 46. — Peter, Die Epilation mit Thallium-aceticum-oxydulat. Arch. f. Derm., Bd. 150, S. 438. — Urueña y Ochoterena, Las tiñas en México, su tratamiento con el acetato de talio. Boletin de la Universidad Nacional de México 1922.

Eine einfache Elektrode zur Diathermiebehandlung der weiblichen Zervix

Von

Dr. C. A. Hoffmann in Berlin

Mit 1 Abbildung im Text

Zur Behandlung der chronischen Zervixgonorrhoe bzw. des postgonorrhoischen Katarrhs der Zervix ist die Diathermie viel angewandt und mehrfach empfohlen worden. Mir hat sich auch diese Methode als wertvoll erwiesen, ich habe mich aber mit den im allgemeinen gebräuchlichen aktiven Elektroden nicht anfreunden können.

Die Vaginalelektroden nach Kowarschik, Theilhaber und anderen scheinen mir speziell für die Behandlung der Zervix nicht sehr geeignet, da bei ihnen die Stromlinien nicht genügend auf die Zervix konzentriert sind. Für die Rektalelektrode und die Uteruselektrode von Lindemann gilt, wenn auch in geringerem Maße, dasselbe. Die äußere

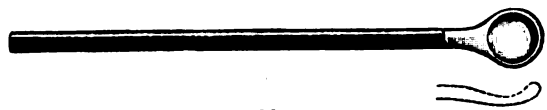


Abb. 1

oder perkutane Diathermie kann natürlich auch für die angegebenen Zwecke verwendet werden. Wie aber Kowarschik sich ausdrückt, vermag die perkutane Methode den Uterus und seine Adnexe nur in verhältnismäßig geringem Grade zu durchwärmen. Kowarschik betrachtet sie als eine unvollkommene Form der gynäkologischen Diathermie, die nur in Betracht kommt, wenn aus äußeren Gründen eine Durchwärmung von der Vagina oder vom Rektum aus nicht zulässig ist (ebenso Laqueur).

Ich suchte eine möglichst einfache Elektrode zu konstruieren, die speziell die Stromlinie auf die Zervix lokalisiert.

Diese hat die Form eines kleinen Löffels — s. Abb. — der flach ausgehöhlt ist. Er hat einen Durchmesser von $2^1/_2$ cm und ist an einem Hartgummigriff so angesetzt, daß er mit diesem einen ganz stumpfen Winkel von 170° bildet. Der ganze Apparat ist etwa 22 cm lang. Der Hartgummigriff nimmt das Kabel auf. Der Löffel wird mit etwas Öl oder Vaselin beschickt und bei der liegenden Frau nach leichtem Anziehen der Beine in die Scheide so eingeführt, daß er unter die Portio vaginalis zu liegen kommt. Auch bei Lageveränderungen der Geschlechtsorgane scheint der Apparat, wie man sich übrigens immer leicht überzeugen kann, stets richtig zu liegen. Das gerade Stück wird durch einen Sandsack oder in anderer Weise vor Befestigung des Kabels unterstützt. Auf den Unterleib oberhalb der Symphyse oder besser oberhalb der Haare des Mons veneris kommt die zweite Elektrode zu liegen. Ich verwende eine Bleiplatte von kleinen Dimensionen, 8×10 cm, um die Gefahr einer Verbrennung der wenig empfindlichen Portio auch hierdurch zu vermeiden. Die Stromstärke wird nach den Angaben der Patientin reguliert, wobei Guttmanns Angaben zu berücksichtigen sind, daß man, um eine die Wärmebildung in der Tiefe hemmende Hauthyperämie zu vermeiden, nicht bis an die Toleranzgrenze gehen soll. Ich brauche im allgemeinen bei mittelgroßen, mageren Patientinnen $^1/_2$—1 Ampère. Die Behandlung wird für 10—30 Minuten jeden 2. Tag vorgenommen. Der Apparat ist mir von der Firma „Agema" vorm. L. & H. Loewenstein in Berlin angefertigt worden.

Digitized by Google

Aus der Dermato-syphilidologischen Universitätsklinik zu Saratow
(Direktor: Prof. Dr. Paul Grigoriew)

Intradermalreaktion bei Gonorrhoe

Von

Dr. Z. A. Ossipowa, Assistent

Der Nachweis der Gonokokken und die Feststellung der Heilung bei chronischer Gonorrhoe macht bisweilen große Schwierigkeiten. Insbesondere ist dies bei der chronischen Gonorrhoe der Frauen der Fall, da das klinische Bild vielfach dem anderer gynäkologischer Erkrankungen, die nicht von Gonokokken stammen, ähnlich ist.

Laboratoriumuntersuchungsmethoden wie: Bakterioskopie, Aussaat, Lakmusprobe, Reaktion der Komplementablenkung u. a. geben nicht immer tadellose Resultate.

In den letzten Jahren ist eine Tendenz zur Auffindung neuer Wege in der Therapie und Diagnostik der Gonorrhoe anzumerken. Die Fähigkeit des an Gonorrhoe kranken Organismus, eine örtliche Reaktion auf die Einführung von Gonokokkenvakzine zu geben, hat Neisser, Wolfsohn u. a. bewogen, dieselbe zu diagnostischem Zwecke auszunutzen. Bruck, Dembskaja, Köhler, Finkelstein-Gerschun wendeten Vakzine oder Extrakte aus Gonokokkenkulturen, analog der Reaktion von Pirquet; die Resultate waren sehr verschieden; prinzipiell aber waren die von den genannten Autoren erwählten Wege richtig, da die Haut sich rege an den Erscheinungen der Allergie und Immunität bei vielen Infektionen (Bloch) und speziell bei Gonorrhoe beteiligt.

Decastro kam zum Schluß, daß unter allen Methoden der Einführung von Antigen die intradermale die beste ist, der Einführungsweg aber ist nicht gleichgültig (Besredka), gleicher Meinung sind Much, Eising, Irons und Neisser.

Köhler hat Arthigon in verschiedenen Konzentrationen intradermal angewendet und kam zum Schlusse, daß diese Intradermalreaktion nicht genau ist und nur an der Hand der klinischen Angaben Wert hat. Dmitriew hat die Reaktion in 112 Fällen durchgeführt und hält sie für unbeständig, ebenso Georgis und Sommer.

Im Jahre 1925 haben S. I. Borü und S. I. Scherischorina ihr Gonokokkenantigen und Kontrolle für Intradermalreaktion zuerst an Kaninchen, dann an Menschen angewendet. Sie haben 251 Personen untersucht. Folgende Resultate waren erhalten:

Allgemeine Zahl		Negativ	Positiv
Gesunde	27	27	—
Kranke mit anderen Krankheiten	29	25	4
Gonorrhoea acuta	57	5	52
Gonorrhoea subacuta	7	—	7
Gonorrhoea chronica	120	9	111
Kranke mit klinisch unsicherer Gonorrhoe	6	2	4
Blennorrhoe	6	—	6

Digitized by Google

Auf Grund dieser Beobachtungen sind Borü und Scherischorina zum Schluß gekommen, daß die Intradermaleinführung von Gonokokken bei Gonorrhoe diagnostischen Wert hat, da sie bei (zweifellos) Gesunden keine spezifische Reaktion gibt, dieselbe aber bei Kranken (mit Gonokokken) fast immer hervorruft, und daß die Intradermalreaktion so lange anhält, bis der Gonokokkus im Organismus verweilt und sehr schnell verschwindet, sobald der Gonokokkus nicht mehr zu entdecken ist.

Solche ermutigende Resultate bewogen uns, die Intradermalreaktion an den ambulatorischen Kranken der Dermatologischen Klinik der Saratower Universität durchzumachen. Zuerst nahmen wir als Probe Kranke mit typischer Gonorrhoe; bei allen diesen Kranken wurde ein positives Resultat erhalten, und zwar: an der Injektionsstelle der Kontrolle wurde ein reaktiver Flecken von Größe eines Stecknadelkopfes beobachtet: an der Injektionsstelle des Antigens aber (welches gewöhnlich in zwei Verdünnungen — 10000000 und 30000000 — Dosis 0,1 ccm genommen wurde) ein hellroter Flecken oder Infiltrat, umgeben seinerseits von einer bleicher gefärbten Zone (im Durchmesser 1—4 cm), wobei im Falle der 10000000 Verdünnung dieser Kranz kleiner war als bei der 30000000 Verdünnung. Die Reaktion wird binnen $2^1/_2$ Stunden deutlich.

In Fällen, die von uns als negative Reaktion angenommen werden, blieben an der Einführungsstelle des Antigens wie auch an der Stelle der Kontrollinjektion nur unbedeutende Fleckchen, als Folge der Reaktion des Gewebes auf den Nadelstich, und alle von ganz gleichem Durchmesser.

Es ist notwendig zu erwähnen, daß bei dieser Arbeit eine pedantische Genauigkeit wie in der Dosierung so auch im Durchstechen der Haut auf gleiche Tiefe erforderlich ist.

Unsere Beobachtungen wurden an 86 Frauen durchgeführt, unter denen 66 Kranke und 20 Gesunde waren. Die Reaktion wurde an den Kranken 1—4mal durchgeführt.

Das ganze Material ist in 5 Gruppen eingeteilt:

1. Gonorrhoea acuta;
2. Gonorrhoea chronica;
3. abgelaufene Gonorrhoea;
4. verschiedene gynäkologische Krankheiten;
5. Gesunde.

1. Gruppe — 13 Fälle — ist in zwei Untergruppen eingeteilt; in die erste sind die Kranken mit deutlichem klinischem Bilde und mit Gonokokken (in Ausstrichen) zum Moment der Reaktion eingereiht; in die zweite die Kranken ebenfalls mit Gonorrhoea acuta, aber die Reaktion wurde an ihnen am Schluß der Kur durchgeführt, zur Zeit wo die Gonokokken in den Ausstrichen sich nicht mehr offenbarten.

1. Untergruppe. 9 Personen, bei allen ist die Reaktion ausgesprochen positiv. Die Zwischenzeit von der Erkrankung bis zur Ausführung der Reaktion schwankte von 1—6 Monaten. Bei allen wurde zum Moment der Reaktion der Prozeß im Collum uteri, im Uterus und sogar in den Adnexen beobachtet. Als Illustration führen wir zwei Krankheitsgeschichten an:

Digitized by Google

1. Die Kranke P., 18 Jahre alt, seit 2 Monaten verheiratet; 2 Wochen nach der Heirat Eiterausfluß und schneidende Schmerzen beim Urinieren. Die letzte Menstruation stellte sich 2 Wochen vor der Zeit ein. Die Kranke wendete sich in die Klinik nach dem ersten Monat der Krankheit.

Unbedeutende Hyperämie der Vulva, reicher Eiterausfluß; Kollum hyperämisch, reicher Eiterausfluß aus dem Zervikalkanal; in den Ausstrichen des Sekrets vom Collum uteri und der Urethra Gonokokken intrazellulär, eine große Menge von Leukozyten.

Intradermalreaktion (CR) $1^1/_2$ Monat nach der Ansteckung ausgeführt, gab ausgesprochen positives Resultat.

2. Kranke B-k, kam in die Klinik $1^1/_2$ Monat vor der Niederkunft mit reichem Eiterausfluß aus der Vagina. In den Ausstrichen eine große Menge von Leukozyten, Gonokokken intrazellulär in geringer Anzahl, die vulgäre Flora fehlt. Oberflächliche Durchspülungen verordnet, angesichts des letzten Monats der Schwangerschaft, und vorgeschlagen, nach der Niederkunft zu kommen.

$1^1/_2$ Monat nach der Niederkunft erschien die Kranke mit dem Bilde einer Gonorrhoea acuta, die auf die Adnexe übergegangen war. Die Untersuchung der Ausstriche ergab eine große Menge von Leukozyten und Gonokokken intrazellulär. CR stark positiv.

2. Untergruppe. 4 Personen: bei der ersten Kranken CR nach $1^1/_2$jähriger Kur durchgeführt, Resultat negativ; bei der zweiten, nach 1jähriger Kur, CR negativ; bei der dritten, nach 5 Monaten zweimal durchgeführt, CR gab schwach positives Resultat; bei der vierten, nach 9 Monaten zweimal durchgeführte CR gab: die zwei ersten CR negativ, die dritte CR $\frac{\text{positiv}}{\text{negativ}}$ und die vierte CR negativ.

Also gab CR bei Gonorrhoea acuta bei Anwesenheit von Gonokokken positives Resultat in allen 9 Fällen, d. h. in 100%; bei kurierten Kranken aber mit Gonorrhoea acuta, bei welchen zum Moment der Reaktion die Gonokokken nicht offenbar waren, wurde negatives Resultat in 50%, schwach positives in 25% und unbestimmtes in 25% erhalten.

2. Gruppe: Gonorrhoea chronica, 38 Fälle.

Diese Gruppe ist in drei Untergruppen eingeteilt:

1. 24 Fälle, in Ausstrichen Gonokokken: CR vor der Kur und während derselben gab positives Resultat in 20 Fällen, d. h. in 83,3%; in 4 Fällen unbestimmtes, d. h. in 16,7%.

2. 10 Fälle, in Ausstrichen keine Gonokokken, Gonorrhoea aber höchst wahrscheinlich (klinisches Bild, Anamnese), CR positiv in 8 Fällen, d. h. in 80%, negativ in 2 Fällen, d. h. in 20%.

3. 4 Fälle, CR am Schluß der Kur durchgeführt, in Ausstrichen fehlen die Gonokokken, das Resultat negativ in allen 4 Fällen, d. h. in 100%.

Also auf 38 Fälle Gonorrhoea chronica:

positives	Resultat	in	28	Fällen, d. h. in	73,7%
unbestimmtes	„	„	4	„ „ „	10,5%
negatives	„	„	6	„ „ „	15,8%

3. Gruppe: 3 Fälle abgelaufener Gonorrhoea (klinisches Bild, keine Gonokokken): CR negativ in 3 Fällen, d. h. in 100%.

4. Gruppe: 12 Fälle, verschiedene gynäkologische Erkrankungen:

CR negativ in 10 Fällen, d. h. in 83,3%
CR positiv „ 2 „ „ „ 16,7%

5. Gruppe: 20 Fälle, Gesunde:

CR negativ in 20 Fällen, d. h. in 100%

Digitized by Google

Im allgemeinen:

Gonorrhoea acuta mit Gonokokken in Ausstrichen: CR positiv in 100%
Gonorrhoea chronica mit Gonokokken in Ausstrichen: CR positiv in 73,7%
Gesunde . . . . . CR negativ in 100%

Die von uns mit dem Antigen Borü-Scherischorina durchgeführten Beobachtungen erlauben uns folgende Schlüsse zu ziehen:

Die Intradermalreaktion mit Antigen Borü-Scherischorina ist eine wertvolle diagnostische Hilfsmethode.

Die Intradermalreaktion kann als Kontrollmethode für den Verlauf der Behandlung dienen.

Die wiederholt erhaltene Intradermalreaktion, im Zusammenhang mit anderen Untersuchungsmethoden, ist eine biologische Methode zur Feststellung der Genesung.

Das Gonokokkenantigen und die Kontrolle sollen frisch sein (nicht älter als 1 Monat) und sollen sorgfältig an Gesunden und Kranken durchgeprüft sein.

Versammlungen

Gemeinschaftliche Sitzung der Geburtshilflichen Gesellschaft in Hamburg und der Dermatologischen Gesellschaft von Hamburg-Altona am 28. Januar 1927

Vorsitzende: Heynemann, Delbanco Schriftführer: Geppert

1. Heynemann demonstriert unter gleichzeitiger Vorführung von Kontrollen die **Genitalien von jugendlichen kastrierten und nichtkastrierten Kaninchen,** die mit Sexualhormonen gespritzt sind. Die starke Vergrößerung, die durch Hyperämie und seröse Durchtränkung bedingt ist, tritt deutlich in Erscheinung.

2. Heynemann: **Die Bedeutung der Geburt für die Erkennung der latenten Lues.** Nabelschnurblut und retroplazentares Hämatom bieten bei der Geburt die Möglichkeit, serologische Reaktionen ohne Venenpunktion anzustellen. Um die kongenitale Lues möglich frühzeitig zu diagnostizieren, sollte diese Gelegenheit bei allen Geburten benutzt werden. Nabelschnurblut ist ungeeignet, weil die Reaktion selbst bei vorhandener Lues nicht selten negativ ist. Das retroplazentare Hämatom versagt nicht häufiger als das Armvenenblut, darum sollte es herangezogen werden unter Beachtung der Tatsache, daß nicht selten zweifelhafte und positive Reaktionen vorkommen, wo diese vor und nach der Geburt negativ sind. Darum muß bei allen zweifelhaften und positiven Fällen am 6. und 7. Wochenbettage das Armvenenblut untersucht werden. Die Wiederholung dessen ist auch notwendig, wenn für diese Reaktion unter der Geburtdauer Armvenenblut verwendet worden ist. Es darf nicht vergessen werden, daß es Fälle von Lues gibt, die auch serologisch nur unter der Geburt sichtbar werden. Praktisch ist es bedeutungslos, daß das Armvenenblut nur halb so oft als das Retroplazentarblut unter der Geburt positive Reaktion gibt. Auch außerhalb der Klinik ist das retroplazentare Hämatom bei schneller Verarbeitung brauchbar. Am 3. Tage sind die Ergebnisse schon schlecht. H. empfiehlt die grundsätzliche und allgemeine Durchführung der Hämatomuntersuchung in allen Krankenanstalten Hamburgs. Damit würden 36,8% aller Geburten erfaßt werden. Bei weiterer Bewährung käme eine allgemeine Anwendung in Betracht, auch außerhalb der Krankenanstalten. Die Vorbedingungen für Hamburg als Stadtstaat sind günstig.

3. Haim: **Methodik des serologischen Luesnachweises während der Gestationsperiode.** (Erschienen im Auszug in dieser Wochenschrift, 1927, Nr. 14.)

Diskussion: C. Bruck betont die soziale Bedeutung dieser Frage und erinnert an die Erfahrungen von Finkelstein und seinen Mitarbeitern in den Moskauer Gebäranstalten.

Digitized by Google

Das Retroplazentarblut lehnt er ab wegen seiner Verunreinigungen und Neigungen zu unspezifischen Reaktionen. Nur Venenblutuntersuchungen empfiehlt er. Der kleine Eingriff kann nicht auf Schwierigkeiten stoßen. Neben der Originalmethode empfiehlt B. seine Aktivuntersuchung, die Zentrifugier-Flockungsreaktion und MTR auszuführen. Die vier Parallelresultate lassen über Versagen und unspezifische Ausfälle nur in seltenen Fällen Zweifel aufkommen.

I. Bauer hat die ersten deutschen WR des Hämatoms und des Nabelschnurblutes in der Klinik Opitz-Düsseldorf in den Jahren 1908—1918 ausgeführt (Bauer, W. kl. W., und Opitz, Med. Kl., 1908). Es wurde damals auf die frühzeitige Erkennung der latenten Lues bei der Frau für die Ammenwahl hingewiesen. Weiter auf die Klärung der Frage der Colleschen und Profetaschen Gesetze. 1912 hat Bauer die obligatorische Untersuchung des retroplazentaren Hämatoms gefordert. Der Säuglingsschutz sollte intensiv auf die wassermannpositiven Mütter achten. 1918 hatte er mit Delbanco diese Forderung (diese Wochenschrift) noch einmal wiederholt. Beide stehen auf dem Standpunkt, daß, wenn von 1000 Fällen einmal ein Fehlresultat erzielt wird, die intensive Kontrolle eines Säuglings auf Lueszeichen niemals schadet. Die Überweisung der Wassermannresultate muß streng vertraulich sein. B. schließt sich den Heynemannschen Forderungen an.

Manchot: Hamburg war früher der einzige Bundesstaat mit sogenanntem Ammengesetz. Dieses wollte nur die Untersuchung der Mutter. M. hat 6 Fälle beobachtet, bei welchen die ersten manifesten Lueserscheinungen des Säuglings erst nach 6 Monaten auftraten. Früher glaubte man, daß Lues ausgeschlossen sei, wenn bis zur 13. Woche keine sekundären Erscheinungen da waren. Zur Erkennung der kongenitalen Lues empfiehlt M. die Röntgenuntersuchung des kindlichen Skeletts.

Delbanco weist auf die Wandlung der Anschauungen zugunsten von Bauer und Delbanco hin (vgl. Bruno, diese Wochenschrift, 1926). Auch Rietschel bekennt sich zur Hämatomuntersuchung bei Beobachtung aller Kautelen. Bei schneller Bearbeitung gibt nach Finkenau und Neugarten (Arch. f. Gynäkol., 1924) das Retroplazentarblut nur in 1—2% unspezifische Ausfälle. Die Kontrolle des Armvenenblutes muß in den positiven Fällen herangezogen werden. Die Venenpunktion ist auch für die Hebamme ein ungewöhnlicher Eingriff und für die Wöchnerin auffällig. D. entwickelt die Rietschelsche Theorie, nach welcher bei der Geburt durch die Ablösung der Plazenta noch einmal die größte Chance aufkommt, daß Spirochäten auf den fötalen Kreislauf übergehen können. Daher die Latenz der Neugeborenen. Das Nabelschnurblut ist ungeeignet wegen der Mischung von mütterlichem und kindlichem Blut und der Möglichkeit der passiven Übertragung des Wassermannkörpers. D. bekennt sich zur Hérédité dystrophique der Franzosen. Die konstitutionelle Verschlechterung von Sperma und Ovulum bei Syphilitischen führt zu minderwertigen Früchten ohne aktiv-syphilitische Stigmata. Die serologischen Methoden können hier über die Aszendenz nichts aussagen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Prurigo und Pruritus

Chirurgie des Pruritus, von H. Küttner, Chir. Univ.-Kl. Breslau. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 200, S. 71.) Nicht nur der symptomatische Pruritus kann in vielen Fällen mit Erfolg chirurgisch angegriffen werden, sondern auch die schwersten, durch interne und dermatologische Maßnahmen nicht heilbaren Formen des essentiellen Pruritus sind oft ein dankbares Gebiet für die chirurgische Therapie. Voraussetzung ist, daß auch trotz sorgfältigster Untersuchungen eine örtliche Ursache nicht gefunden werden kann, und vor allem, daß der Juckreiz dauernd auf eine bestimmte Körperstelle beschränkt bleibt. Je nach Lage des Falles kommt in Frage entweder die Totalexstir-

Digitized by Google

pation des erkrankten Gebietes (auch Kauterisation) oder aber die Unterbrechung der Nervenleitung. Diese kann erfolgen durch Injektion (95%iger Alkohol mit Novokain. Chinin, Novokain), oder aber durch Inzision (besonders englische und amerikanische Chirurgen): durch besondere Schnittführung wird die Haut von der Unterlage getrennt und damit die Nervenleitung unterbrochen. Ist die betreffende Hautpartie von einem bestimmten Nerven versorgt, so kann man diesen Nervenstamm durchschneiden oder resezieren. In ganz schweren Fällen von Genital- oder Afterpruritus, bei denen die kleineren chirurgischen Eingriffe versagten, käme allenfalls noch die Resektion der betreffenden sensiblen Wurzeln in Frage. F. Landauer-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Sur la cicatrisation de plaies cutanées par les extraits d'embryons ou de peau régénérée (Über die Vernarbung von Hautwunden durch Extrakte von embryonalem Gewebe oder von regenerierter Haut), von P. Carnot und E. Terris. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 655.) Anführung einiger Beispiele, wo die von Verff. seit mehreren Jahren geübte Methode der Behandlung schlecht heilender Wunden (Brandwunden, trophische Hautgeschwüre, Krampfadergeschwüre) mittels Extrakten von embryonalem Gewebe oder frisch regenerierter Haut mit ausgezeichnetem Erfolge ausgeführt wurde. Letztere wurden aus Hautstücken mit Skarifikation frisch regenerierter Kaninchenhaut gewonnen. Die Mittel wurden entweder in Form von pulverisierter Trockensubstanz oder dem Glyzerinauszug bzw. einem Azetonextrakt, der durch Wasser und Fett gelatinös gemacht wurde, verwandt. Diese sich in Geweben mit aktiver zellulärer Proliferation findenden, die Wundheilung fördernden Substanzen wurden als Zytopoïetine bezeichnet. B. Peiser-Berlin.

Zur Behandlung der Verbrennungen, von Sokownina. (Wratschebnaja Gaseta. 1927, Nr. 7 [Russisch]). Verf. ist sehr zufrieden mit der Listerschen Borsalbe: Pulv. acid. borici 10,0, Glycerini 10,0, Vaselini, Lanolini ää 50,0 bei Verbrennungen, macht aber darauf aufmerksam, daß unbedingt fein verteiltes Borsäurepulver und nicht die Kristalle verwendet werden muß. Das Pulver muß zuerst mit dem Glyzerin bis zur völligen Auflösung verrieben und dann erst Vaselin und Lanolin zugesetzt werden. Die Salbe wird in dicker Schicht auf die Brandwunde aufgetragen, darüber eine Gazeschicht und mehrfach durchlöchertes Guttaperchapapier. Der Verband darf erst in 7 Tagen gewechselt werden, in welcher Zeit die Wunde sich gut epithelisiert. A. Jordan-Moskau.

Ekzem, Rosacea

Therapeutic Aspects of Infantile Eczema (Therapeutische Anschauungen über das Kinderekzem), von L. H. Dembo und J. E. Fisher-Cleveland. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 552—554.) Kurzer Überblick über lokale, Röntgen-, diätetische, Lichtbehandlung sowie die in einigen Fällen zur Unterstützung heranzuziehende Behandlung mit Thyreoideaextrakt. E. Levin-Berlin.

Psoriasis

Psoriasis, von S. Gordon-Philadelphia. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 548—551.) Die unbefriedigende Behandlung der Psoriasis muß auf eine bessere ätiologische Grundlage gestellt werden. Als mögliche Ursachen der Psoriasis sind in Betracht zu ziehen: Mikroben, endokrine Störungen, Anaphylaxie, gastro-intestinale Intoxikationen, Herdinfektionen, Trophoneurose, mangelhafte Ausscheidungen. In letzterer Zeit sind für die Behandlung besonders empfohlen worden Salizin, Triphal, Krysolgan, Natr. salicyl., Merkurochrom, Chrysarobin in Verbindung mit Röntgen. Es müßte eine große Vereinigung gebildet werden, deren Teilnehmer die verschiedenen Behandlungsmethoden gruppenweise ausüben; bei jedem Pat. müssen anderweitige Ursachen für die Erkrankung durch eingehende Anamnese ausgeschlossen werden. Die Behandlung ist stets auch nach Schwinden der Erscheinungen fortzusetzen, um zu sehen, ob trotzdem Rückfälle auftreten. So soll allmählich die zweckmäßigste Behandlung herausgefunden werden. Das Blut der Pat. ist vor Beginn der Behandlung und nach Schwinden der Erscheinungen zu untersuchen, um Differenzen festzustellen; ein zu dieser Zeit gewonnenes Serum soll aufbewahrt und bei Rückfällen bei demselben Pat. seine immunisierende Kraft geprüft werden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Keratosen

Dauerheilung des Hühnerauges durch Injektion, von Pust. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 770.) Das Hühnerauge ist mit den üblichen Mitteln nicht auf die Dauer zu heilen. Verf. sieht als Grund dafür eine Trophoneurose an und sucht diese dadurch zu beseitigen, daß er eine Daueranästhesie der Zehennerven vornimmt. Technik (2 Zeichnungen): proximale Infiltrationsanästhesie der betreffenden Zehe. Dann mit senkrecht zur Zehenachse gestellter Nadel Injektion von Daueranästhetizis (Alkohol u. ä.) in die peripheren Teile der Nervenendigungen in Höhe des Hühnerauges. Das leichte Ödem schwindet bald. Kontraindiziert bei Eiterungen, Diabetikern, Arteriosklerotikern und Nephritikern, Die Hornhautverdickung ist belanglos, da völlig schmerzfrei, Dauerresultate. H. Colman-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Les sycosis et leur traitement (Die Sykosisformen und ihre Behandlung), von A. Lévy-Franckel. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 18, S. 360—361.) Während bei der Sycosis simplex die von einem Haare durchbohrten Follikel einzeln stehen und die Haare sich nur unter einem gewissen Widerstande und mit Schmerzen ausziehen lassen, treten sie bei der parasitären Form gruppenweise auf, sitzen auf einem infiltrierten, geschwollenen Grunde und lassen sich leicht und schmerzlos ausziehen. Behandlung: 1. Sycosis simplex: Methylenblau 1%; Methylgrün und Gentianaviolett āā 0,1—0,25, Alkohol 100,0, eau d'Alibour in fünffacher Verdünnung, Behandlung chronischer Koryza, Epilation, Antistaphylokokkenvakzine. 2. Sycosis trichophytica: Epilation, Pinseln mit Tinct. jodi 15,0 + Alkohol 5,0; intravenöse Einspritzungen Lugolscher Lösung oder besser von kolloidalem Jod, das die Venenwandungen nicht so verhärtet. E. Levin-Berlin.

Treatment of Furuncle of the Ear by Ionisation of Tin (Behandlung des Ohrfurunkels mit Zinnionisation), von G. B. McAuliffe-New York. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 547—548.) Die Anwendung des Zinns ging von der Beobachtung aus, daß Zinnarbeiter von Geschwüren freibleiben. Benutzt wird Stanoxyl, eine Mischung des Metalls und seiner Oxyde, das in einem Spekulum in das Ohr gegossen wird, so daß die positive Elektrode hineintaucht, während die negative in der Hand gehalten wird. Behandlung dreimal täglich mit 3—5 mA. 10 Minuten lang. Die Erfolge waren befriedigend, besonders in bezug auf Nachlassen der Schmerzen; eine Abortierung beginnender Furunkel findet nicht statt. E. Levin-Berlin.

Quecksilber als Eiterung förderndes Mittel, von Stappert-Sterkrade. (M. m. W., 1927, Nr. 14, S. 584.) Verf. benutzte bei 21 Fällen eitriger Prozesse (Furunkel, Karbunkel, Panaritien) Injektion von Hg (Novasurol 1,0 i. m.) Er sah in fast allen Fällen beschleunigte eitrige Einschmelzung und Abstoßung der Nekrose unter gleichzeitiger ödematöser, oft hämorrhagischer Schwellung des Krankheitsherdes. Das Hg scheint auf das Unterhautzellgewebe exsudationsfördernd einzuwirken. Gleichzeitig wurde lokal mit Ichthyolsalbenverband behandelt. H. Colman-Berlin.

Schnellheilung des Furunkels, von F. Kuhn-Berlin-Schöneberg. (M. m. W., 1927, Nr. 11, S. 451.) Die Methode der Behandlung des Furunkels mittels Vakuumsaugung, wodurch eine intensive Durchsetzung des Gewebes mit Hämorrhagien erzeugt wird, ist eine neue Variation der Eigenblutbehandlung, gleichsam eine örtliche Impfung mit Eigenblut. Dadurch werden die dem Blute innewohnenden Heil- und Schutzstoffe in unzähligen Depots, über den ganzen Krankheitsherd gleichmäßig verteilt, zur Wirkung gebracht und so direkt dem kranken Gewebsbezirk zugeführt. In dieser Beziehung übertrifft sie die auf den gleichen Prinzipien beruhende Biersche Stauung und Saugung sowie die Löwensche Eigenbluteinspritzung und die Rittersche Expressionsmethode.
B. Peiser-Berlin.

Erysipel, Phlegmone usw.

Treatment of Acute Infectious and Contagious Diseases with Especial Reference to Scarlet Fever, Erysipelas, Measles and Meningitis (Behandlung akuter Infektionen und ansteckender Krankheiten mit besonderer Berücksichtigung des Scharlachs, Erysipels, Masern und Meningitis), von J. H. Musser-New Orleans. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 15, S. 1125.) Verf. behandelt das Erysipel in folgender Weise. Einmal legt er durch lokale Antistreptokokkenserum-Injektionen einen Wall um den Erysipelherd und verhindert so das Fortschreiten der Entzündung (Methode Rivers und

Digitized by Google

Tillet). Andererseits gibt er nach Methode Dochen hergestelltes hämolytisches Streptokokkenserum i. v. oder i. m. Hierdurch bekämpfte er erfolgreich die toxischen Erscheinungen. H. Colman-Berlin.

Vaccination du lapin contre le charbon par le liquide d'oedème (Vakzination des Kaninchens gegen Milzbrand durch Ödemflüssigkeit), von A. Urbain und L. Rossi. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 9, S. 599.) Durch Vakzination mit einer genügend großen Menge der Ödemflüssigkeit gelingt es, sowohl auf intravenösem wie subkutanem und kutanem Wege Kaninchen gegen Milzbrand zu immunisieren. Die kutane Impfung ist die stärkste und verleiht noch Immunität gegen Dosen des Virus, bei denen intravenöse und subkutane Vakzination unwirksam sind. Auch hält die Immunität nach kutaner Impfung länger an als nach intravenöser und subkutaner, so beim Kaninchen mindestens 8 Monate. B. Peiser-Berlin.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Über spezifische Hautveränderungen bei Erythrämie, von O. Gans, Univ.-Hautkl. Heidelberg. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 2, S. 565.) Mitteilung eines Falles von Gaisböckscher Polyzythämie, bei dem nach vorangegangener starker Druckempfindlichkeit der linken vorderen Brustseite auf dieser ein etwa handtellergroßer, rosaroter Herd aus kleinen, mäßig erhabenen, wenig harten, druckempfindlichen, unregelmäßigen Knoten auftrat. Ähnliche Gebilde vereinzelt auch sonst am Rumpf. Histologisch starke Erweiterung und pralle Füllung der Gefäße des oberflächlichen und tiefen Netzes, „eine aus mittelgroßen, m-Oxydase-positiven Zellen mit auffallend kleinen Kernen bestehende perivaskuläre Infiltration" um das untere arterielle und venöse horizontale Gefäßnetz sowie an den tiefen kutan-subkutanen Gefäßen und an denen der Schweißdrüsenknäuel. Neben vakuolärer Degeneration des perivasalen Bindegewebes des tiefen horizontalen Gefäßnetzes starke Intimawucherung und Thrombenbildungen, so daß stellenweise völlige Gefäßobliteration. Verf. sieht diese Veränderungen als „spezifisch" an, nicht nur wegen ihrer Rückbildung mit dem Rückgang aller anderen Erscheinungen auf Röntgenbehandlung, sondern vor allem auf Grund des histologischen Befundes. Die perivasalen Infiltrate bildenden Zellen hält Verf. für Frühformen myeloischer Zellen. Erörterung der histogenetischen Beziehungen zwischen Erythrämie und myeloider Leukämie. L. Schwarzschild-Homburg.

Hodgkin's Disease of the Skin and Mucosis Membranes (Hodgkinsche Krankheit der Haut und der Schleimhaut), von R. Bine-San Francisco. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 4, S. 503—513.) In dem beschriebenen Falle waren runde, knötchenförmige Effloreszenzen an der Haut, die an Zahl zunahmen, vorübergehend schwanden, den sonstigen Erscheinungen der Krankheit mehrere Monate lang voraufgegangen, später auch ulzerierende Schwellungen am harten Gaumen. Der Exitus trat 9 Monate nach Beginn der Hauterscheinungen ein. E. Levin-Berlin.

Haut und Stoffwechsel

Haut und Stoffwechsel, von Br. Bloch-Zürich. (Verhandl. d. Ges. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrkh., Tagung in Wien, Sept./Okt. 1925.) Vgl. Derm. W., 1926, Bd. 82, Nr. 22, S. 765.

Lichtbehandlung diabetischer Hauterscheinungen, von St. Rothman, Univ.-Hautkl. Gießen. (Strahlenther., 1927, Bd. 24, H. 3, S. 465.) Durch Sonnenlichtbäder und künstliche Ultraviolettbäder wird bei Diabetikern und Menschen mit normalem Zuckerstoffwechsel der Blutzuckerspiegel herabgesetzt und die Zuckertoleranz erhöht; der diabetische Pruritus wird dabei meist günstig beeinflußt. Verf. beschreibt einen Fall von hochgradigem diabetischem Pruritus, der gegen Diät und Insulin sich refraktär verhielt, trotz guter Beeinflussung des Harn- und Blutzuckers. Durch Ultraviolettbestrahlungen in der Jesionekschen Lichthalle hörte das Jucken auf. Verf. glaubt, daß das Licht antipruriginös durch Beeinflussung der Trockenheit der diabetischen Haut mit ihrer mangelhaften Talg- und Schweißsekretion wirkt. Ein Fall von diabetischen Xanthomen mit starker Hypercholesterinämie (siebenfach zur Norm) und erhöhtem Blutzucker (0,25%), der durch Diät unbeeinflußt geblieben war, heilte unter Ultraviolettlichtbestrahlung schon nach wenigen Bestrahlungen prompt ab. Histologisch fand sich, daß das Cholesterin aus Knötchen ausgetreten war; dieser Austritt wird nicht auf die durch Bestrahlung zustande

Digitized by Google

gekommene Entzündung zurückgeführt (Senföldermatitis blieb wirkungslos), sondern auf chemisch-physikalische Umwandlungen. Empfehlung der Lichtbehandlung auch nichtdiabetischer Xanthome. Ein dritter Fall betrifft eine nässende oberflächliche Hefepilzerkrankung der Genitalgegend bei einer 40jähr. fettleibigen Diabetikerin; antiparasitäre Lokalbehandlung und Diät erfolglos. Eine lokale Ultraviolettlichtbestrahlung führte zur Heilung. Zuckerausscheidung blieb unbeeinflußt. W. Curth-Berlin.

Pigment

Scheckung der Haut und Fleckung der Zähne, von Leven-Elberfeld. (Kl. W., 1927, Nr. 19, S. 904.) Verf. teilt einen interessanten Fall mit, in dem bei einer Frau neben einer typischen Pigmentveränderung der Haut im Sinne des Albinismus an einigen Zähnen, besonders den Schneidezähnen, eine Fleckung auftrat. Durch Bampton, von dem Verf. zwei Krankengeschichten mit Stammbaumtafeln mitteilt, ist erstmalig auf eine vererbliche Pigmentierung der Zähne aufmerksam gemacht worden. Auch für seinen eignen Fall glaubt Verf. eine Zahnfleckung annehmen zu müssen, die als Zahnscheckung analog der Hautscheckung zu deuten ist. Zu trennen ist diese Zahnpigmentanomalie von ähnlich aussehenden Veränderungen, die aber auf Verkalkungsstörungen beruhen. Man wird in Zukunft bei der Beobachtung von Hautpigmentanomalien mehr auf ähnliche Vorgänge an den Zähnen achten müssen. E. Langer-Berlin.

Apparition de plaques de vitiligo à la suite d'un érythème par rayons ultra-violets (coup de soleil artificiel) (Auftreten von Vitiligoflecken nach einem Erythem infolge von ultravioletten Strahlen [künstlichem Sonnenbrand]), von E. Juster. (J. de méd. de Paris, 1927, Nr. 17, S. 340—341.) Bei dem wegen intermittierenden Hinkens bestrahlten Kranken, der vorher schon an anderen Stellen Vitiligoflecke gezeigt hatte, traten im Anschluß an das artifizielle Erythem allmählich depigmentierte, von einer hyperpigmentierten Zone umgebene Flecke auf. Infolge verschiedener Ursachen lag eine besondere Hinfälligkeit der Pigmentzellen vor, die auf Ernährungsstörungen der Haut beruhte. Eine anscheinend früher überstandene Syphilis kann ätiologisch bei den betreffenden Störungen mit in Frage kommen, jedoch soll eine traumatisch oder biotropisch bedingte Lokalisation der Syphilis, die sich in der Vitiligo geäußert hätte, nicht angenommen werden. E. Levin-Berlin.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

An Unusual Case of Lipoma of the Pectoral Region Simulating Gynecomastia (Ein ungewöhnlicher Fall von Lipom der Pektoralgegend mit Vortäuschen einer Gynäkomastie [2 Photographien]), von R. J. White-Texas. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 15, S. 1146.) 64jähr. Mann. Seit 15 Jahren kopfgroßes Lipom der linken Brust, das sich ganz allmählich zu dieser Größe entwickelt hat. Warze und Hof liegen am untern Rand der Geschwulst. Die Haut über ihr ist gut verschieblich, ebenso die Geschwulst selbst über den tieferen Gewebsteilen. Dagegen bewegt sich der Tumor bei willkürlichen Bewegungen des N. pectoralis. Exstirpation in Lokalanästhesie. Mikroskopisch teils reines Lipom, teils mit fibrösem Gewebe und Degenerationsherden, die zum Teil verkalkt sind, durchsetzt. H. Colman-Berlin.

Regressive Störungen und Atrophien

Über die Beziehungen der Acanthosis nigricans zu anderswertigen Epithelveränderungen und Teilnahme der Hautdrüsen bei dieser Krankheit, von H. Hamdi u. H. Reschad-Konstantinopel. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 2, S. 412.) In einem Falle von Acanthosis nigricans fanden sich — neben dem bekannten histologischen Bild — bisher nicht beschriebene, den Basalschichtenveränderungen ähnliche zellreiche Wucherungen, „beerenartige epitheliale Knospen" an den tieferen Teilen der Schweißdrüsenausführungsgänge, weniger zahlreich an dem Ausführungsgang einer Talgdrüse und an einer Haarwurzel. In einem zweiten Falle fand sich in der Kutis eine Dermoidzyste, in deren Haut vereinzelte Haarwurzeln und Talgdrüsen eingelagert waren. Das Vorkommen dieser Epithelabnormitäten betrachten Verf. als Stütze der Annahme, „daß epitheliale Abnormitäten, wie Krebs, bei der Entstehung der Acanthosis nigricans gelegentlich eine Rolle spielen", zumal da in dem einen Falle nach Entfernung der Drüsenveränderungen die Erscheinungen zurückgingen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Une maladie qui ressucite: l'acrodynie (Eine wiederauflebende Krankheit: die Akrodynie), von M. Tehu und P. Ardisson. (Paris méd., 1927, Nr. 15, S. 341—346.)

Digitized by Google

Die Geschichte der Akrodynie zeigt verschiedene Perioden des Erscheinens und wieder Schwindens; seit dem Beginne des 20. Jahrhunderts ist ein Wiederaufleben zu bemerken. E. Levin-Berlin.

Die Kinderlähmung des vegetativen Nervensystems (Akrodynie, Trophodermatoneurose, vegetative Neurose), von P. Selter-Solingen. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 80, H. 4, S. 244.) Verf. berichtet über weitere Beobachtungen über das seinerzeit von ihm aufgestellte Krankheitsbild, der Trophodermatose, die ihn zu dem Schlusse führen, daß den unter diesem Namen zusammengefaßten klinischen Symptomen eine pathologisch-anatomische Veränderung zugrunde liege, für die er eine infektiöse Ätiologie annimmt. Der Ausdruck Neurose ist deshalb nicht mehr berechtigt und wird durch den im Titel wiedergegebenen Namen ersetzt. Der Sitz der anatomischen Veränderungen wird in die vegetativen Zentren verlegt. E. Schröpl-Prag.

Maligne Neubildungen

Pouvoir cancérigène du Carbazol (Die krebserzeugende Fähigkeit des Karbazols), von J. Maisin, P. Desmedt und L. Jacqmin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1056—1058.) Zur experimentellen Krebserzeugung haben sich die Fraktionen des Teers mit hohem Siedepunkt am wirksamsten erwiesen. Mit chemischen reinen Extrakten des Teers ist bisher die Krebserzeugung nicht gelungen, so z. B. nicht mit Karbazol, Phenanthren, Anthrazen, Akridin. Jedoch wurde bei einer besonders lange überlebenden Maus aus einer mit Karbazol behandelten Versuchsreihe ein kleines Papillom beobachtet, das sich in einen ulzerierten Tumor mit infiltrierter Basis umwandelte. Histologisch ergab sich ein typisches Epithelioma sebaceum, ein beim Menschen und noch vielmehr bei der Maus seltener Tumor. Ob das bei der Lieferung chemisch reine Karbazol sich im Laufe der Zeit etwa unter dem Einflusse des Lichtes zersetzt hatte, ist nicht bestimmt zu sagen. Jedenfalls spielt bei der Erlangung positiver Resultate das Lösungsmittel eine Rolle und ist ferner große Vorsicht am Platze, bevor die krebserzeugende Fähigkeit eines Körpers geleugnet werden kann. Die Beobachtung muß auch nach Beendigung der Behandlung noch lange fortgesetzt werden. E. Levin-Berlin.

Ein Beitrag zur Frage des experimentellen Krebses der weißen Mäuse, von Sobolewa, Schabad und Schor. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 6 [Russisch].) Das Teerkankroid der weißen Maus stellt eine komplizierte biologische Reaktion dar. Der wahre Krebsprozeß ist nicht nur als eine lokale Erkrankung des Hautepithels unter dem Einfluß einer Teerreizung, sondern als eine allgemeine Erkrankung des Organismus anzusehen. A. Jordan-Moskau.

The Growth of Tumor in Tissues Exposed to X Rays and Radium (Das Wachstum maligner Tumoren in röntgen- und radiumbestrahlten Geweben), von S. Russ und G. M. Scott. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5407, S. 815.) Die Verf. wandten zu ihren Versuchen Ratten an, denen Rattensarkom implantiert wurde. Und zwar wurden zwei mit der Spitze gegenüberstehende Viertelsegmente eines Kreises bestrahlt, in dessen Mittelpunkt das Rattensarkom vor oder nach der Bestrahlung implantiert wurde. Es zeigte sich nun, daß das Sarkom in der Richtung der beiden unbestrahlt gelegenen Segmente wuchs; in den bestrahlten Partien jedoch kein malignes Wachstum sichtbar wurde. J. Callenberg-Horst-Emscher.

The Precancerous Dermatoses (Die präkanzerösen Dermatosen), von S. Feldman-New York. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 554—556.) Die in Frage kommenden Dermatosen sind im Beginn und oft für lange Zeit gutartig, werden jedoch zu einem großen Prozentsatz schließlich maligne und wandeln sich in Krebs um. Zu diesen präkanzerösen Dermatosen, die möglichst nach Auftreten und Erkennung beseitigt werden sollten, gehören Naevi (soweit sie Reizungen ausgesetzt sind), Warzen, senile Keratose, Leukoplakie, Pagetsche Krankheit, Bowensche Krankheit. In Betracht kommt ferner noch das Karzinom an Stellen von Narben, Geschwüren, Fisteln, Gummen, Lupus, Dermatosen infolge von Paraffin usw. E. Levin-Berlin.

Basal-Squamous-Cell Epithelioma (Carcinoma spinobasocellulare), von H. Montgomery. (Proceedings Staff Meetings of Mayo Clinic, 1927, Bd. 2, Nr. 11, S. 55.) Das Basalzellenkarzinom ist keine morphologisch geschlossene Einheit, sondern kann sich in ein basospinozelluläres Karzinom oder ein rein spinozelluläres Karzinom umwandeln. In 12,6% von 119 Fällen, welche das Aussehen von entweder Carcinoma basocellulare oder Carcinoma spinocellulare zeigten, war histologisch die gemischte Form vorhanden.

Digitized by Google

Das Carcinoma basospinocellulare ist histologisch wohl charakterisiert und von diagnostischer Bedeutung, denn es kann mit dem immer bösartigen Carcinoma spinocellulare klinisch verwechselt werden. In 60% der Fälle täuscht es allerdings das Carzinoma basocellulare vor. Das Carcinoma basospinocellulare kann Metastasen machen, die jahrelang bestehen können und entweder basospinozellären Bau oder einfachen basozellulären Bau zeigen. Es ist resistent gegen Röntgen- und Radiumbehandlung im Gegensatz zum basozellulären Karzinom und ist chirurgisch zu behandeln. Trotzdem bleibt die Prognose zweifelhaft.
M. Stern-München.

Sarcomatosis cutis gigantocellularis, von Steinberg und Glauberson. (Klinitscheskaja Medicina, 1927. Bd. 5, Nr. 7.) Seltene Beobachtung eines ausgebreiteten Sarcoma gigantocellulare bei einem 10monatigen Kinde. A. Jordan-Moskau.

Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum (Kaposi) haemorrhagicum (Köbner) besser Perithelioma multiplex nodulosum cavernosum lymphangiectoides cutaneum, von H. Hamdi und T. Halil-Konstantinopel. (Virch. Arch., 1927, Bd. 263, H. 2, S. 404.) Beobachtungen bei einer 26jähr., einer 22jähr. Frau und einem 56jähr. Mann. Fall 1 bestand seit 3 Jahren, 2. seit 3 Monaten und 3. seit 9 Jahren. Letzterer erkrankte mit Knoten an beiden Händen und Füßen nach einem Trauma am rechten Fuß. Der Verlauf aller Fälle ist ein außerordentlich langsamer. Der Verlauf ist oft mit Schüttelfrösten, hohem Fieber und Leukozytose verbunden. Vor Ausbruch der Knötchen findet man diffuse Rötungen und Schwellungen. Nach Exstirpation einiger Knötchen, treten diese an anderen Stellen wieder auf. Verff. begründen ihre neue Bezeichnung auf genaue, histologische Untersuchung. Die Geschwulstzellen sind vermehrte Adventitiazellen. In jedem Knoten sind zahlreiche mikroskopische Zellherde. Die Zellhaufen bilden um die Gefäße Knötchen. Stets findet man Blut- und Lymphgefäßerweiterungen. Wahrscheinlich handelt es sich um eine durch irgend einen Mikroorganismus verursachte, chronische Geschwulstkrankheit. Die Knoten sind überimpfbar. Befallen werden meist Männer zwischen 40 und 50 Jahren, oft Juden.
H. Colman-Berlin.

Le traitement des tumeurs malignes par le plomb d'après les travaux récents (Die Behandlung der malignen Geschwülste mit Blei auf Grund der neueren Arbeiten), von J. Lavedan-Paris. (Paris méd., 1927, Nr. 16, S. 377—383.) Nachdem frühere Versuche der Anwendung von Blei in verschiedener Form wenig Erfolg gehabt hatten, ist neuerdings Bell-Liverpool in ausgedehnten Versuchen darauf zurückgekommen. Sie beruhen auf der Anschauung, daß die neoplastische Zelle eine normale Zelle ist, die sich in Rückbildung auf den embryonalen Zustand befindet, womit sie sich den epithelialen Zellen der Chorionzotten nähert. Zwischen den Funktionen beider lassen sich zahlreiche Übereinstimmungen nachweisen, und da das Blei bei manchen Aborten eine Rolle spielt, die zum Teil auf einer toxischen Einwirkung auf die embryonalen Chorionzellen beruht, könnte man daraus eine toxische Wirkung auch auf die neoplastische Zelle herleiten. Der Einfluß auf sie ist ein besonderer, wenn auch nicht spezifischer. Zur praktischen Verwendung kam eine auf elektrischem Wege gewonnene kolloidale Suspension in intravenösen Einspritzungen. Unangenehme Nebenwirkungen, auch schwerer Natur, sind dabei häufig, auch besonders geartete Metastasen wurden danach beobachtet. Doch fordern die teilweise guten Erfolge zu weiteren Versuchen auf.
E. Levin-Berlin.

Traitement des tumeurs malignes inopérables par le mélange des toxines d'érysipèle et du bacillus prodigiosus (Behandlung inoperabler maligner Tumoren mit einer Mischung von Toxinen des Erysipels und des Bacillus prodigiosus), von W. B. Coley-New York. (Paris méd., 1927, Nr. 16, S. 373—377.) Die Methode basiert auf der Beobachtung des Schwindens maligner Tumoren bei zufälligem Hinzutreten eines Erysipels. Die Anwendung der Mischtoxine kommt nur für inoperable Fälle in Frage, außerdem bei Sarkomen der langen Knochen, wo der Operation das ganze Glied zum Opfer fallen würde; ferner sollen sie auch nach der Operation von Karzinomen und Sarkomen angewendet werden: Nach Anwendung der Toxine zeigt sich an den Tumoren eine Verminderung der Vaskularisation, Erweichung infolge von käsiger Degenerierung oder Nekrobiose. Die Behandlung muß längere Zeit fortgesetzt werden: je stärker die Reaktionen, desto besser die Erfolge. Beginn der Behandlung mit kleinsten Dosen, intramuskuläre Einspritzung ist vorläufig noch vorzuziehen. Im ganzen wurden 10% Heilungen (bei inoperablen Fällen) erzielt, was die Erfolge der Röntgen- und Radiumbehandlung übertrifft; besonders ist dies der Fall bei den Knochensarkomen, der Hodgkinschen Krankheit und auch den melanotischen Tumoren. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mund und Nase

Les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, de la langue et du plancher de la bouche; leurs indications thérapeutiques; leur traitement (Die Drüsenschwellungen im Gefolge von Krebs der Lippen, der Zunge und des Mundbodens; therapeutische Indikationen, Behandlung), von Cl. Regaud, A. Lacassagne, J. L. Roux-Berger, H. Coutard, O. Monod, J. Pierquin und G. Richard, Univ.-Radium-Inst. Paris. (Paris méd., 1927, Nr. 16, S. 357—372.) Für maßgebende Schlußfolgerungen sind nur Fälle geeignet, in denen die primäre Lokalisation geheilt war. Dies wurde in 79,2% der Fälle von Lippenkrebs erreicht, doch ging von diesen noch ein Teil an der Drüsenerkrankung zugrunde, so daß die Zahl der endgültig Geheilten 61,4% beträgt. Da in 60% der behandelten Fälle Drüsenerkrankungen ausblieben, erscheint systematische chirurgische Behandlung der Drüsengegend nicht erforderlich, wofern die Patienten überwacht werden können. Beim Krebs der Zunge und des Mundbodens gelang die Heilung der primären Läsion in 48,3%, die endgültige Heilung in 28% der Fälle. Das Ausbleiben von Drüsenerkrankungen erfolgt in einem so geringen Prozentsatz, daß systematische chirurgische Behandlung erforderlich ist. Diese ist mit der Radium- und Röntgenbehandlung zu verbinden, wenn die histologische Untersuchung der Drüsen Krebs ergibt. Bestrahlungen allein können sogar auch zur Heilung führen, doch ist die Wirkung noch zu unsicher. Die verschiedene Radiosensibilität hängt mit dem verschieden histologischen Bau zusammen. Bei Drüsenerkrankungen nach Krebs der Lippen und des vorderen Abschnittes des Zungenrückens ist Radiumbehandlung vorzuziehen. E. Levin-Berlin.

Oral Lesions Due to Vincent's Angina: What Every Physician and Dentist Should Know About its Recognition and Treatment (Orale Läsionen durch Plaut-Vincent-Angina. Was jeder Arzt und Zahnarzt über ihre Erkrankung und Behandlung wissen sollte [4 Photographien, 1 Mikrophotographie]), von J. C. Bloodgood-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 15, S. 1142.) An sämtlichen Teilen der Mund- und Rachenhöhle, Zunge und Lippen auftretende Läsionen, die man für Soor oder unspezifisch hielt, sind als Komplikationen der Plaut-Vincent-Angina erkannt. Der einzelne Herd ist hochrot, unregelmäßig begrenzt, im Zentrum oft weißlich belegt. Später oft Ulzeration. Mehrere Herde verschiedener Stadien häufig nebeneinander. Differentialdiagnose gegenüber Di. besonders durch Fehlen von Intoxikationserscheinungen. Wenn sämtliche Zähne fehlen, findet man nie die Plaut-Vincentschen Bakterien. Oft treten sie sekundär bei tuberkulösen, luetischen, karzinomatösen oder traumatischen Ulzera auf. Das therapeutische Mittel der Wahl ist Natriumperborat, welches nur bei schwerster Allgemeinerkrankung oder dauerndem lokalem Reiz (Prothesen) nicht schnellstens zur Heilung führt. Es wird konzentriert mit etwas Wasser als dicker Brei auf die Stellen aufgerieben. H. Colman-Berlin.

Sur les bacilles isolés dans le rhinosclérome (Über die aus dem Rhinosklerom isolierten Bazillen), von H. Meisel und E. Mikulaszek. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 8, S. 563—565.) Von 22 Rhinoskleromfällen wurden aus dem Sekret und aus Granulationen der Nase und des Halses 22 Stämme gezüchtet, die kein Indol bildeten und Gelatine nicht verflüssigten. Unter ihnen ließen sich dann weiter 2 Gruppen unterscheiden, die eine mit 4 Stämmen, die saure Gärung der Laktose bewirkten, die andere mit 18, die dem Rhinosklerombazillus entsprachen. Kulturen dieser Stämme sowie anderer Kontrollstämme von gesunden Personen sowie von ähnlichen Bakterien zeigten bei sonstiger Übereinstimmung bei Kulturen in Peptonwasser und in Peptonwasser mit Glukose, Lävulose, Laktose und Glyzerin für den Rhinosklerombazillus charakteristische Veränderungen des p_H durch weitgehende Alkalinisierung. Zwei der Rhinoskleromstämme alkalinisierten nur schwach oder ihr p_H zeigte keine Veränderung; weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob diese Differenz genügt, um diese Stämme von den Rhinosklerombazillen zu scheiden. E. Levin-Berlin.

Haare und Nägel

Wooly Hair Nevus. A Peculiar Form of Birthmark of the Hair of the Scalp, Hitherto Undescribed. With Report of Two Cases (Wollhaar-Naevus. Eine besondere, bisher noch nicht beschriebene Form von angeborener Haarveränderung am Kopfe mit Bericht zweier Fälle), von F. Wise-New York. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 545—547.) Als besondere noch nicht beschriebene angeborene Form

Digitized by Google

von Haarveränderungen am Kopfe, bei der keine Pigmentveränderung der Hautstellen bestand, von denen die Haare ausgingen, wird über 2 Fälle berichtet, in deren einem sich außerdem ein Naevus linearis an Nacken und Arm fand. In beiden Fällen war der Kopf neben normal erscheinendem Haar in größerem Umfange mit wollartigem Haar bedeckt, das in dem einen Falle sich scharf gegen das andere absetzte, während in dem anderen an der Berührungsgrenze sich eine gewisse Vermischung feststellen ließ. Eine Beimischung von Negerblut kam bei beiden Kindern nicht in Betracht.

E. Levin-Berlin.

Die Alopecia pityrodes s. seborrhoica s. furfuracea capillitii, von M. Joseph-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 5, S. 207.) Es handelt sich um Hyperoxydationsvorgänge, zu deren Reduktion der Schwefel berufen ist. Bestes Schwefelpräparat: Sulfoform als 10%ige Salbe oder Sulfoformöl. Höhensonne und Humagsolan lehnt Verf. als erfolglos ab. Empfohlen wird noch „Trilysin", ein Cholesterinpräparat (Promonta-Hamburg).

M. Cohn-Dresden.

Dermatomykosen

Utilisation de la lumière de Wood pour l'examen et le dépistage des teignes tondantes et du favus (Die Verwendung des Wood-Lichtes zur Untersuchung und Erkennung der Trichophytie und des Favus), von P. Vigne. (Presse méd., 1927, Nr. 22, S. 339.) Das Woodsche Licht entspricht einer ultravioletten Strahlung von bestimmter Wellenlänge und besitzt die Eigenschaft, bestimmte Körper zur Fluoreszenz zu bringen; es wird für die Diagnostik gewisser Haarpilzerkrankungen nutzbar gemacht durch Vorschaltung eines Woodschen Filters vor eine Quarzlampe. Während gesundes Haar so gut wie gar nicht fluoresziert, geben pilzkranke Haare eine Fluoreszenz von ausreichender Stärke, um sie — auch im Einzelhaar — von der gesunden Umgebung zu unterscheiden. Hierdurch ergeben sich diagnostische Behelfe bei pilzverdächtigen Haarerkrankungen. Vigne bringt in ausführlicher Darstellung seine Beobachtungen bei den verschiedenen Haarpilzkrankheiten, den Trichophytien verschiedener Genese, der Mikrosporie und des Favus, gesammelt an einem großen Material. (Der Wert des Woodfilters ist in ähnlicher Weise auch in Deutschland von Keller erprobt worden. Ref.)

F. Callomon-Dessau.

Beitrag zur Strahlenempfindlichkeit pathogener Hautpilze (Sporotrichum Beurmanni und Trichophyton gypseum), von L. Neidhart, Inaug.-Diss. Derm. Kl. Zürich. Die an Sporotrichum Beurmanni und Trichophyton gypseum angestellten Versuche Neidharts erweisen aufs neue die Sensibilität pathogener Hautpilze gegenüber Radium- und Röntgenstrahlen und tragen zur Entscheidung einer Frage bei, die nach den bisher vorliegenden Ergebnissen noch nicht als endgültig gelöst gelten durfte. Im Ruhestadium war die Strahlenempfindlichkeit viel geringer als im keimenden Zustand. Niedere Radiumdosen bewirkten keine Wachstumshemmung, mittlere Dosen leichte Hemmung mit Ausgleich, höhere Dosen bei ruhenden Sporen stärkere Hemmung, bei keimenden Sporen vollkommene Hemmung, die bei sehr hohen Dosen sowohl bei ruhenden wie keimenden Sporen erreicht wurde (etwa 12stündige Bestrahlung). Auch Röntgenbestrahlung erzielte bei Sporotrichum Beurmanni Wachstumshemmung bzw. Abtötung.

F. Callomon-Dessau.

Etude expérimentale sur l'immunité et l'allergie consécutives à la teigne herpétique dans l'espèce bovine (Experimentelle Untersuchungen über Immunität und Allergie im Gefolge von Herpes tonsurans von bovinem Typus), von R. Harnach. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1092—1093.) Zur Verwendung kamen Kulturen von ausgedehnten Trichophytien bei Rindern, die als Tr. neo-endothrix regulare und Tr. ectothrix faviforme album identifiziert wurden. Mit beiden Stämmen wurden durch Einbringen in die skarifizierte Haut nach einer Inkubation von 8—10 Tagen spezifische Affektionen erzeugt, die nach mehreren Wochen spontan abheilten. Erneute Inokulationen an den erkrankt gewesenen Stellen, 1—5 Monate nach der Heilung, verliefen negativ, während an anderen Stellen mit Leichtigkeit Infektionen hervorgerufen werden konnten. Es handelt sich also um eine örtliche Immunität. Die in Rekonvaleszenz befindlichen Tiere zeigten gegen intrakutan angewendete Trichophytine eine Hypersensibilität in Form von sehr ausgesprochener örtlicher Schwellung der erkrankt gewesenen Stellen und bisweilen auch von Hyperthermie von 0.8—1,8°. Bei kutaner Probe war die Reaktion gering. Vorher nicht erkrankt gewesene Tiere reagierten überhaupt nicht. Die Stärke der allergischen Reaktion stand im Verhältnis zu der Ausdehnung der Trichophytieerkrankung. Die örtliche Immunität und Allergie sind an die

Digitized by Google

Gesamtheit der von der Trichophytie geheilten Epidermiszellen gebunden; sie lassen sich auch durch Kulturen und Trichophytine verwandter Arten hervorrufen.
E. Levin-Berlin.

Les phénomènes d'immunité dans la blastomycose (Die Immunitätserscheinungen bei der Blastomykose), von E. Ramel-Zürich. (Actes de Soc. Helvétique des Sc. Nat., 1924, S. 207.) Ramel vermochte bei Blastomykosis (Busse-Buschke) immunisatorische Erscheinungen nachzuweisen, und zwar einmal unter dem Bilde der Komplementfixation infolge der Anwesenheit spezifischer Antikörper, anderseits unter dem Bilde einer allergischen Gewebsreaktion, die für die Heilung der Blastomykose wichtig ist. Herstellung eines spezifischen Vakzins. Bestätigung der Immunerscheinungen im Tierexperiment. F. Callomon-Dessau.

Experimental Reproduction of Mycetoma in Rabbits (Experimentelle Erzeugung von Madurafuß bei Kaninchen), von J. Reenstierna-Stockholm. (Acta med. Scand., 1927, Bd. 65, H. 5/6, S. 566.) Ausgehend von der Tatsache, daß das Mycetoma (= Madurafuß) durch verschiedene Pilze aus der Klasse der Askomyzeten und Hyphomyzeten hervorgerufen wird, versucht Reenstierna die experimentelle Übertragung auf Kaninchen. Ein Versuchstier wurde am rechten Testikel durch Einbringung eines mit Kulturmaterial getränkten Fadens inokuliert. R. verwandte hierzu einen aus Tunis bezogenen Stamm von Nocardia madurae; Kontrollfaden in den linken Testikeln. 18 Tage nach der Inokulation Entwicklung eines Eiterknötchens unter der Haut, die den rechten Testikel bedeckte; linker Testikel reaktionslos. 85 Tage später Exzision und mikroskopische Untersuchung: zahlreiche Pilzfilamente, nach Gram färbbar. Abimpfung des Abszeßinhalts auf ein Kaninchen ergab gleiche Erscheinungen am Testikel. F. Callomon-Dessau.

Zur Bewertung der Röntgentherapie bei Mikrosporie, von G. Stümpke-Hannover. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 2, S. 358.) Die Röntgenbestrahlung der Mikrosporie — Epilationsdosis, Bestrahlung in 5 Feldern, Vorbehandlung mit 2—3%iger Salizylsalbe, Nachbehandlung mit Borsalizyl oder 5—10%iger Schwefelsalbe — hat sich außerordentlich bewährt. Schwere Allgemeinwirkungen wurden an einem Material von 400 Fällen, auch bei Kleinkindern, niemals beobachtet. Rezidive kamen nur in 3% der Fälle vor. In den letzten 2 Jahren tritt das Thallium aceticum mit der Röntgenbestrahlung in Konkurrenz. E. Kottmaier-Mainz.

Über die Behandlung der Kopfpilzerkrankungen mit Thallium aceticum Merck, von Golosowker. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 7.) Anwendung der Thalliumbehandlung bei 5 Kindern mit Trichophytia capitis und bei 20 mit Favus. In allen Fällen wurde vollkommener Haarausfall und Schwund der jahrelang bestehenden Pilzerkrankung erzielt. In 20% der Fälle kam es zwar zu Gelenkschmerzen, die aber ohne Folgen vergingen. A. Jordan-Moskau.

Twenty-four Cases of Ringworm of the Scalp Treated by Thallium Epilation (24 Fälle von Trichophytie des Kopfes mittels Thalliumepilation behandelt), von G. B. Dowling und R. Kelman. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5399, S. 389.) In 24 Fällen von kindlicher Trichophytie des Kopfes haben Verff. das Mittel mit recht gutem Erfolge gebraucht. Nach einer Dosis von 8—9 mg pro Kilo Körpergewicht trat vollständige Alopezie des Kopfes mit Ausnahme eines kleinen Bezirkes an der Haargrenze auf, die ihren Höhepunkt am 19. Tage erreichte, dem bald wieder vollständiges Nachwachsen der Haare folgte. An toxischen Erscheinungen wurden einmal Kopfschmerzen und in 5 Fällen Appetitlosigkeit und leichte Gelenkschmerzen beobachtet. Diese Störungen glauben Verff. auf eine nicht ganz einwandfreie Beschaffenheit des von ihnen angewandten Präparates zurückführen zu müssen. In vielen Fällen ist dieser Behandlungsmodus vor der Röntgentherapie der Vorzug zu geben. B. Peiser-Berlin.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Les traitements de la gale (Die Behandlungsmethoden der Krätze), von Veyrières. (Paris méd., 1927, Nr. 15, S. 353—356.) Abänderungen der alten im Hospital Saint-Louis eingeführten Krätzekur durch neuere Formeln, bei denen aber stets der Schwefel als bewährtestes Mittel bestehen bleibt. E. Levin-Berlin.

Weitere Unterschiede zwischen Kopf- und Kleiderlaus, von L. Freund, Tierärztliches Inst. Dtsch. Univ. Prag. (M. Kl., 1927, Nr. 16, S. 601—602.) In Erweiterung früherer Untersuchungen, die Unterschiede der weiblichen Genitalregion ergeben hatten, haben sich jetzt auch bei Männchen Merkmale der Genitalregion nachweisen lassen, die die Unterscheidung der beiden Formen ermöglichen. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Variations dans le pourcentage des sujets présentant une réaction de Dick positive. Influence de l'âge et du milieu. Immunisation spontanée occulte contre la scarlatine (Der Einfluß des Alters und des Milieus auf die Scharlachempfänglichkeit [Dick-Test]. Spontane Immunisierung ohne Scharlach), von R. Debré und M. Lamy. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 4, S. 246.) Die Verff. kommen auf Grund zahlreicher Dick-Impfungen zu der Überzeugung, daß die Dosiernng nach der Originalmethode zu schwach gewählt sei. Die Anwendung der doppelten Menge der Toxinlösung (0,2 ccm) ergab eine bei weitem bessere Ablesbarkeit besonders derjenigen Reaktionen, bei denen die Beurteilung, ob schwach positiv, ob negativ, auf Schwierigkeiten stößt. Mit zunehmendem Alter der untersuchten Individuen sinkt gesetzmäßig die Zahl der Dick-positiven. Von hoher Bedeutung scheint außerdem das Milieu zu sein, in dem die Untersuchten leben: Je stärker die Wohnungsdichte, desto größer die Zahl der Unempfänglichen. Dabei kommt es sicherlich häufig zu spontaner Immunisierung ohne Scharlacherkrankung. So konnten die Verff. beobachten, daß nach einer schweren Scharlachepidemie ungefähr 50% der Dick-negativen hämolytische Streptokokken in ihrem Nasen-Rachenraum aufwiesen. Zugleich war die Zahl der Scharlachempfänglichen von 35% auf 18% gesunken. R. Ley-Krenznach.

Treatment of Scarlet Fever with Streptococcus Antitoxin (Behandlung des Scharlachs mit Streptokokken-Antitoxin), von J. E. Gordon-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 6, S. 382.) Durch das Dicksche Scharlach-Antitoxin werden Fieber und Hauterscheinungen rascher zum Schwinden gebracht. Komplikationen sind seltener. Die Schuppung setzt zwar später ein, ist aber spärlicher und sehr rasch beendet. Das Auftreten von Urtikaria und Gelenkentzündung war zugleich auf die gleichzeitige Verabreichung von Diphtherieserum zurückzuführen. F. Rosenthal-Berlin.

The Intradermal Salt Solution Test in Scarlet Fever (Die intrakutane Salzlösungsprobe beim Scharlach), von B. R. Lovett-Chicago, Ill. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 4, S. 539—542.) Die Probe besteht darin, daß 0,2 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung intrakutan eingespritzt werden und die Zeit festgestellt wird, die erforderlich ist, bis die gebildete Quaddel bei leichter Palpation nicht mehr gefühlt werden kann. Sie beträgt normalerweise 60 Minuten und mehr. Beim Scharlach fand sie sich abgekürzt, und zwar proportional der Schwere des Falles. Fehlten Komplikationen, so kehrte sie schnell zur Norm zurück. Beträgt die Zeit weniger als 30 Minuten, so ist dies eine Indikation zur Anwendung des Scharlachantitoxins.

E. Levin-Berlin.

Studies In Scarlet Fever. II. The Prophylaxis of Scarlet Fever (Scharlachstudien. II. Die Prophylaxe des Scharlachs), von J. A. Toomey, R. M. Fullerton und M. E. Kishman-Cleveland. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 3, S. 420—423.) Die durch aktive Immunisierung erzeugte Immunität dauerte 18 Monate an. Für die Anwendung des Scharlachantitoxins zur passiven Immunisierung ergaben sich keine sicheren Anhaltspunkte. E. Levin-Berlin.

Studies in Scarlet Fever. III. An Analysis of Scarlet Fever Cases Untreated by Specific Serums or Antitoxins (Scharlachstudien. III. Analyse nicht mit spezifischem Serum oder Antitoxin behandelter Scharlachfälle), von J. A. Toomey und E. G. Dolch-Cleveland. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 3, S. 424—441.) Die Analyse von 1658 Scharlachfällen ergab eine sehr geringe Mortalität unter den unbehandelten Patienten. Der Tod wurde durch Komplikationen verursacht, woran auch die Behandlung mit Scharlachantitoxin nichts geändert haben würde.

E. Levin-Berlin.

Measles Prophylaxis by Use of Convalescent Serum, Adult Blood or Serum (Masernprophylaxe mit Rekonvaleszentenserum, Blut oder Serum von Erwachsenen), von S. Karelitz-New York und S. Levin-Ann Arbor, Mich. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 3, S. 408—419.) Kinder unter 2 Jahren sowie besonders gefährdete sollen so behandelt werden, daß komplette passive Immunität erzielt wird, bei den übrigen wird versucht, milde modifizierte Form der Masern und permanente Immunität zu erreichen. Rekonvaleszentenserum hat den größten Immunisationstiter 6—10 Tage nach Eintritt normaler Temperatur. Zum Schutze von Kindern bis zu 3 Jahren sind 5 ccm Rekonvaleszentenserum, 25 ccm Erwachsenenserum, 75 ccm Erwachsenenblut erforderlich, bei Exponierung über 5 Tage 10 bzw. 30—40 bzw. 75—100 ccm; bei Kindern von 3 und mehr Jahren entsprechend 10, 30—40, 75—100, bzw. 15—20, 30—50, 100 bis

Digitized by Google

150 ccm. Die besten Erfolge für den Masernschutz oder die Modifikation des Verlaufes gibt das Rekonvaleszentenserum; ist dieses nicht erhältlich, Erwachsenenserum oder ganzes Blut. E. Levin-Berlin.

A propos de la culture du virus vaccinal en présence de tissus d'embryons de poulet (Zur Kultur des Vakzinevirus bei Gegenwart von Gewebe von Hühnerembryonen), von C. Levaditi. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 967 bis 968.) Wie bereits früher beim Ultravirus der Poliomyelitis und der Hundswut konnte auch beim Vakzinevirus ein Überleben mehrerer Passagen bei Kultur mit in Hühnerplasma kultivierten Gewebsstückchen von Hühnerembryonen festgestellt werden. E. Levin-Berlin.

Strabisme passagère et réaction méningée consécutifs à la vaccination jennérienne (Vorübergehender Strabismus und meningeale Reizung im Anschluß an die Schutzpockenimpfung), von Ch. Saloz und E. Frommel-Genf. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 20, S. 471—472.) Bei einem 16jähr., sonst völlig gesunden jungen Mädchen trat 13 Tage nach der Wiederimpfung Unbehagen, Kopfschmerzen, Doppeltsehen (Strabismus divergens des rechten Auges, Pupillendifferenz) auf, dazu leichte Veränderungen im Liquor. Nach 3—4 Wochen waren die Erscheinungen wieder geschwunden. Derartige Fälle sprechen für die Affinität des filtrierbaren Virus für das Nervensystem, sind jedoch so selten, daß dadurch die Durchführung der Schutzpockenimpfung nicht behindert werden darf. E. Levin-Berlin.

L'étiologie de l'encéphalopathie postvaccinale (Ursache der Hirnentzündung nach Kuhpockenimpfung), von C. Levaditi und S. Nicolau. (Presse méd., 1927, Nr. 11, S. 161.) 10—12 Tage nach Pockenimpfung kann es zu Zeichen von Enzephalomyelitis kommen. Drei solcher Fälle sind von Lucksch beschrieben worden. Eine ganze Reihe solcher Erkrankungen sind bereits 1912 von Turnbull und McIntosh wissenschaftlich beobachtet, aber nicht veröffentlicht worden. In den letzten Jahren sind aus Holland, der Schweiz, Österreich und Griechenland mehr als 100 Fälle bekannt geworden. Das Krankheitsbild äußert sich so, daß bei den Kindern die Impfpusteln sich normal entwickelt haben, dann plötzlich Erbrechen, Kopfschmerzen und Bewußtlosigkeit, hohes Fieber und Krämpfe auftreten. Die Mortalitat betrug bei der holländischen Epidemie 41,2%. Nach den angestellten Experimenten ist nicht anzunehmen, daß die Vakzine selber die Erkrankung hervorruft, sondern daß sie die Erkrankung des Nervensystems durch schon vorhandene Erreger begünstigt. F. Rosenthal-Berlin.

Über Varizellenschutzimpfung, von G. Meyer-Stromfeld, Jugendamt Hamburg. (Mschr. f. Kindhlk., 1927, Bd. 35, H. 2, S. 111.) Anläßlich einer Hausepidemie wurden 20 Kinder mit Varizellenpustelinhalt geimpft. Die Impftechnik wurde derart modifiziert, daß von einer größeren Anzahl Bläschen der Inhalt auf einem Objektträger gesammelt und nach Art der Schutzpockenimpfung von einem zweiten Arzt verarbeitet wurde. Von den 21 geimpften Säuglingen traten bei 11 zu verschiedenen Zeiten und in verschiedener Stärke positive Reaktionen auf. Sämtliche positive Fälle blieben von generalisierten Varizellen verschont. Eine Störung des Allgemeinbefindens wurde nicht beobachtet. Es erscheint die Annahme berechtigt, daß der positive Ausfall der Varizellenimpfung einen zuverlässigen Schutz verleiht, außerdem aber zu einer beträchtlichen Verkürzung der Inkubationszeit beiträgt, und so auch die Gefahr einer drohenden Endemie vermindert. R. Ley-Kreuznach.

Die Rattenbißkrankheit, von Korobitzin. (Wratschebnaja Gazeta, 1927, Nr. 7.) Beschreibung eines Falles von Rattenbißkrankheit bei einem Kinde, 3 Wochen nach dem Biß der Ratte. Das Kind wies alle für diese Krankheit charakteristischen Symptome auf. A. Jordan-Moskau.

Lepra

Sur un cas de lèpre associée à des lésions de tuberculose pulmonaire (Über einen Fall von Lepra in Verbindung mit tuberkulösen Lungenerscheinungen), von A. Rémont und Cola. (Gaz. des Hôp., 1927, Nr. 28, S. 461—463.) Der Kranke war vorher unter verschiedenen Diagnosen behandelt worden, bevor das Nebeneinanderbestehen einer Lepra und einer Tuberkulose erkannt wurde. Tuberkel- und Hansenbazillen nachgewiesen. Von den verschiedenen Krankheitserscheinungen gehören zu der Tuberkulose multiple Exostosen, Pleuritis, Aszites, Hämoptoë, Lungenveränderungen; zu der Lepra Haarausfall im lateralen Teil der Augenbrauen, Verstümmelungen an den Fingern, Hodenschwund, völlige Anästhesie, kleine häufig am Körper auftretende Knötchen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die Goldbehandlung der Lepra, von W. H. Hoffmann, Staatl. Lepraheim Habana. (M. m. W., 1927, Bd. 74, H. 10, S. 405.) Empfehlung der Goldbehandlung, besonders bei Fällen mit lepröser Augenerkrankung. A. Blüth-Hamburg.

On the Value of Present Methods of Treating Leprosy (Über den Wert der gegenwärtigen Behandlungsmethoden der Lepra), von H. W. Wade und C. B. Lara. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5403, S. 597.) Der Weg der Leprabehandlung auf den Philippinen führt über Isolierung, perorale Chaulmoogragaben, Injektion der Merkadomischung zur Injektionsbehandlung mit Chaulmoograäthylestern, denen zur Verminderung der Reizung Jod zugesetzt ist. Wie aus beigegebenen Tabellen zu ersehen ist, hat auf den Philippinen diese Therapie zu einer wahrscheinlichen Heilung, d. h. mindestens 2jähriger Bazillenfreiheit in 10—20% der energisch behandelten Fälle geführt. Durch diese Erfolge wird ermöglicht, die Behandlung der aussichtsreichen Fälle aus den Konzentrationsstationen heraus mehr in regionale Behandlungsstationen zu verlegen. A. Blüth-Hamburg.

Tuberkulose

La bactériolyse tissulaire du bacille de Koch (Die Bakteriolyse des Tuberkelbazillus durch die Gewebe), von Ch. Richet fils. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 965—967.) Leber, Milz und Muskel vom Kaninchen, Leber vom Meerschweinchen üben in vitro eine bakteriolytische Wirkung auf den Tuberkelbazillus aus, die auf einem thermolabilen Prinzip beruht. E. Levin-Berlin.

Das Erstexanthem („Frühexanthem") der kindlichen Tuberkulose-Infektion, von A. Uffenheimer, Städt. Kinderkl. Magdeburg. (M. m. W., 1927, Bd. 74, H. 13, S. 535.) (3 Schemata.) Das Exanthem wird gewöhnlich 2 Monate post infectionem gleichzeitig mit Auftreten eines pulmonalen Initialaffektes beobachtet und kann aus kleinen Knötchen oder einem ausgedehnten Exanthem bestehen. Es stellt mit dem Fieber eine „Normalreakton", des nicht mehr ganz jungen, gut ernährten und gepflegten normalen Kindes dar. Pirquet, Moro und Mantoux sind stets zu gleicher Zeit +. Dieser ersten spontanen Aktivierung des tuberkulösen Prozesses geht das latente Prodromalstadium voraus. Beobachtung an 4 Fällen. H. Colman-Berlin.

Tuberculosis in Childhood. Its Frequency, Sources and Development, and How to Combat it, as Shown by Experiments in Norway (Tuberkulose bei Kindern. Ihre Häufigkeit, Quellen, Entwicklung und Bekämpfung auf Grund von Untersuchungen in Norwegen), von F. Harbitz-Oslo. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 3, S. 458—471.) Nichts Besonderes. E. Levin-Berlin.

Primary Infection in Tuberculosis (Primäre Tuberkulose-Infektion), von E. G. Stoloff-New York. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 3, S. 363—393.) Auf Grund röntgenologischer Untersuchungen bei 6329 Kindern und Vergleichung der Befunde mit den pathologischen Befunden wird gesagt, daß der primäre Herd im Beginn nicht als solcher erkannt werden kann; im Stadium der Heilung scharf umschriebene erbsengroße Stelle von Kalkdichte. Normale Hilusdrüsen geben keinen Schatten, doch braucht ein Schatten in der Hilusgegend nicht tuberkulöser Natur zu sein. Die Diagnose einer primären Tuberkulose soll nur bei positiver Tuberkulinreaktion gestellt werden; diese fand sich bei 71,02% der Kinder. In 584 Fällen fanden sich Herde in der Einzahl (am häufigsten im rechten Unterlappen), dabei in 72,52% regionäre Hilusdrüsen derselben Seite. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Tuberkuloseschutzimpfung mit dem Langerschen Impfstoff, von K. Ossoinig, Univ.-Kindkl. Graz. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 80, H. 4, S. 259.) Langer hat eine Aufschwemmung von T.-B.-Kulturen, welche infolge Methylenblauzusatzes zum Nährboden ein besonderes rasches Wachstum gezeigt hatten, durch Erhitzen auf 100° abgetötet und mit dem so hergestellten Antigen bei tuberkulosefreien Meerschweinchen, wie auch bei Säuglingen, eine Allergie erzeugt. Verf. hat diese Langerschen Befunde nachgeprüft und konnte bestätigen, daß T.-B.-freie Kinder häufig etwa 3—4 Wochen nach der Impfung mit dem Langerschen Impfstoff eine positive Tuberkulin-Hautreaktion zeigten. Dabei wurde jedoch beobachtet, daß sich an den Impfstellen in einigen Fällen Ulzera entwickelten, welche alle klinischen Merkmale tuberkulöser Geschwüre aufwiesen, zu einer beträchtlichen Störung des Allgemeinzustandes führten und sich sehr therapieresistent verhielten. Im Ausstrich wurden säurefeste Stäbchen nachgewiesen, dagegen war der Tierversuch negativ. Es scheint also möglich zu sein, mit dem Langerschen Impfstoff eine Allergie (freilich vorübergehend) zu er-

Digitized by Google

zeugen, die unangenehmen Nebenerscheinungen schränken jedoch die Anwendung der Methode wesentlich ein. E. Schröpl-Prag.

Anwendungsform des Aurophos, von Axmann-Erfurt, Lupusheilstätte. (Kl. W., 1927, Nr. 14, S. 670.) Verf. hebt die gute Verträglichkeit und Bekömmlichkeit bei einfacher Anwendung — intravenös und intramuskulär — des Aurophos gegenüber den anderen viel toxischeren Goldpräparaten hervor. Es werden auch die bisher als höchste Dosis gegebenen Mengen von 0,25 g intramuskulär gut vertragen. Verf. verabfolgt wöchentlich zweimal ansteigend von 0.001 bis zu 0.25 g eine Injektion; unter Umständen sind Pausen von 8—14 Tagen nötig. Indiziert ist es in erster Linie beim Lupus erythematodes. E. Langer-Berlin.

Die Strahlenbehandlung der extrapulmonalen Tuberkulose, von C. B. Hörnicke-Hannover. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 2, S. 362.) Die Ergebnisse von Röntgen- und Lichtbehandlung entsprechen sich ungefähr bei Bestrahlung der kleinen und mittleren Gelenke sowie der Knochentuberkulose. Die Lichtbehandlung ist der Röntgenbehandlung überlegen bei Erkrankungen der großen Gelenke und des Beckens. Bei tuberkulöser Meningitis und Nephritis versagen beide. Beim Lupus vulgaris erzielte Reyn bei alleiniger Lichtbestrahlung etwa 60% Heilungen, während Röntgen fast vollständig versagte. Die günstigsten kosmetischen und funktionellen Ergebnisse, die überhaupt zu erzielen sind, werden von einer gut durchgeführten Licht- und Klimabehandlung erreicht. Die besten Erfolge aller Lichtbehandlnng hat das Sonnenlicht. Doch darf hierin nicht übertrieben werden. Verf. hat, wie auch Referent, durch zu lange Sonnenbestrahlungen häufig schwere Allgemeinreaktionen und Verschlimmerung der örtlichen Erscheinungen gesehen. Dem Sonnenlicht am nächsten kommt das Ultraviolettlicht (neuestes Modell der Quarzlampengesellschaft mit parabolischem Reflektor). Unter Benutzung der Picardschen Bestrahlungskammer hat Verf. eine bedeutend billigere Bestrahlungsmöglichkeit geschaffen. Dieses System hat den Vorteil, auch die ionisierte Luft zur Heilwirkung mit zu benutzen. E. Kottmaier-Mainz.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

Zur Frage des Schicksals der Syphilitischen, von A. Jordan. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 8.) Bericht über 100 intelligente Privatpatienten des Verf., welche sich aus verschiedenen Ursachen an ihn wandten und, wie sich erwies, Lues vor vielen Jahren, 10—30, gehabt hatten. Von diesen Personen zeigten 43 nicht die geringsten Zeichen von Lues bei negativer WR, 17 aber bei positiver WR; 10 hatten Tabes dorsalis, 13 waren neurasthenisch, 8 wiesen Zeichen von Lues III, 2 von Lues cerebri, 6 von Gefäßerkrankung und einer von Iritis auf. Unter allen diesen Kranken, gleichviel welcher Gruppe sie angehörten, gab es gut und schlecht behandelte, nur mit dem Unterschied, daß unter den scheinbar geheilten die gut behandelten überwogen. Die Behandlung hatte bei den meisten nur in einer solchen mit Hg, teilweise in Kombination mit Neosalvarsan bestanden. Außer der Behandlung spielen somit noch andere Ursachen für den glücklichen Ablauf der Krankheit mit, teils unbekannte, teils bekannte. Alkoholmißbrauch verschlechtert sichtlich die Prognose. A. Jordan-Moskau.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Hautklinik des New York Post Graduate Medical School and Hospital ist neu organisiert und mit allen modernen Behelfen ausgestattet worden. Direktor ist Prof. George Miller Mac Kee, ihm zur Seite stehen Prof. Fred Wise und J. Rosen, ferner Assistant Prof. J. J. Eller, M. Scheer, D. L. Satenstein, E. W. Abramowitz sowie Clinical Prof. D. D. Stetson und R. S. Nelson. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 31 (Bd. 85) 30. Juli 1927

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses in Berlin
(Dirig. Arzt: Prof. Dr. A. Buschke)

Verringerung bzw. Mangel an freier Salzsäure bei Sklerodermie

Von

A. Buschke

Die Untersuchungen der Veränderung der Magenfunktion bei Hautkrankheiten ist besonders von Ehrmann und seinen Schülern in größerem Umfange gepflegt worden. Als Resultat dieser Untersuchungen will ich nur erwähnen, daß E. Urbach in einer kleinen Studie im Arch. f. Derm., Bd. 142, H. 1 feststellte, daß unter 35 Fällen von Neurodermatitis die freie Salzsäure 10mal gänzlich fehlte; 13mal war sie stark, 6mal mäßig verringert und nur in 4 Fällen normal.

Ich möchte erwähnen, daß wir in einer Anzahl von Fällen von ausgedehntem Ekzem und auch von Neurodermitis diesbezügliche Untersuchungen angestellt haben, auch gelegentlich ähnliche Resultate, meist aber normale Befunde, ja sogar auch Hyperazidität, besonders bei Neurodermitis, feststellen konnten.

In der folgenden Mitteilung berichte ich kurz über 5 Fälle von Sklerodermie, bei denen sich Fehlen bzw. Verringerung der freien Salzsäure und Verringerung der Gesamtazidität im Magen fanden. Wir wurden auf diese Untersuchungen hingelenkt durch einen Fall der I. inneren Abteilung (Geheimrat Kutner), einer Frau, welche nicht wegen der Sklerodermie, sondern wegen der Achylia gastrica das Krankenhaus aufsuchte.

Frau A. S., 52 Jahre alt, gibt außer Kinderkrankheiten an, mit 32 Jahren „Nervenlähmung" (Seh- und Sprachstörungen) gehabt zu haben. Ihre sklerodermatische Affektion begann im Alter von 46 Jahren mit Steifwerden und Blauwerden der Finger (Gefühl erhalten). Mit 51 Jahren Schmerzen in der Magengegend. Erbrechen ohne Blut; nach dem Erbrechen Erleichterung. Das Erbrechen unabhängig vom Essen. Abnahme des Gewichts nur gering. Magenbeschwerden bis jetzt anhaltend (im Alter von 49 Jahren Pleuritis und Perikarditis).

Status: Grazile Frau. Geringe Zeichen eines diffusen trockenen Lungenkatarrhs. Innere Organe und Nervensystem sonst o. B.

Haut: Gesicht spitz, Unterkiefer greisenhaft atrophiert, Hände klein. Finger in Beugestellung schwer beweglich; Handrücken und Finger sowie Partien über dem Handgelenk fühlen sich kühl an. Die Haut ist starr, atrophisch und über den Knochen stark gespannt, auf der Streckseite der Knöchelgelenke und Mittelhandknochen sklerodermatisch und livid-bläulich verfärbt.

Atrichie der Achselhaare. Genitalbehaarung sehr spärlich. Urin o. B., WR —.

Digitized by Google

Genitale: Äußeres Genitale involviert. Innerlich ohne besonderen Befund.
Magen: nüchtern, leer. Nach Probefrühstück 16 ccm mit Blut (artifiziell).
Freie HCl zur Gesamtazidität = 0:2.
Röntgenologische Magenuntersuchung. Ergebnis: Magen: ohne Befund.
Knochen: Beugestellung der Finger, besonders der rechten Hand; hier auch Verengerung der Gelenkspalte, sonst Handknochen o. B. Sella turcica o. B. Vermehrte Durchlässigkeit der Kieferknochen.
Grundumsatz: 1137 (Sollumsatz 1048), 8% +.
Blutdruck 110.
Blutbild: normal.
Am 26. XI. erneutes Probefrühstück. Freie HCl zur Gesamtazidität 0:14.
Pat. bekam Salzsäure. Sie verließ das Krankenhaus ungebessert.

Fall 2. H. F., 22 Jahre alt. Anamnese: Familienanamnese o. B., hat Rachitis, Scharlach, Masern, Diphtherie, Keuchhusten durchgemacht.
Sklerodermie begann vor 4—5 Jahren, erst an den Händen, dann ging sie auf den ganzen Körper über. Sie wurde angeblich erfolgreich mit Epiglandol und Nebennierenpräparaten behandelt. Pat. litt in den letzten Jahren öfters an „schlimmen Fingern". Allmählich bildete sich eine fixierte Beugekontraktur der Finger heraus. Seit 1¾ Jahren ein schlecht heilendes Ulkus am rechten Unterschenkel. Keine Veränderungen im Gesicht.
Status: Kleine, schmächtige, sehr infantile Pat. Geringer Exophthalmus. Mammae atrophisch, Mamillen wenig pigmentiert.
Achselhaare fehlen. Genitalbehaarung mäßig, in normalen Grenzen.
Überblick über Mund- und Rachenorgane durch Verengerung der Mundspalte erschwert, Organe anscheinend normal.
Genitale: Äußerlich wenig entwickelt, fast infantil. Spitzwinkliger, anteflektierter, infantiler Uterus, Adnexe nicht durchzutasten.
Nervensystem: Reflexe lebhaft, sonst normal.
Haut: Nasen- und Mundöffnung rigide, verkleinert. Augen-, besonders die Unterlider starr und schwer beweglich. Die Haut, besonders im Bereich des Gesichts, der Arme, der Brust und der Oberschenkel diffus sklerodermatisch. Die Farbe der Haut zum Teil normal, zum Teil pigmentiert, zum Teil livid gerötet mit verbreiteten teleangiektatischen Veränderungen durchsetzt. Starre Beugekontraktur aller Finger. Haut der Handrücken und Finger stark atrophisch, starr. Nägel sehr stark atrophisch. Ulzerationen finden sich am rechten Ellenbogen und am rechten Malleolus internus.
Blutbild: normal.
Grundumsatz: 1389, Sollumsatz 1179, i. e. 18% +.
Blutbild: normal.
Magen: Freie HCl = 0. Gesamtazidität 29,5.
Zweite Untersuchung: Freie HCl 17,5. Gesamtazidität 32,5. Pepsin in geringen Mengen vorhanden.
Die endokrine und sonstige Therapie hatte keinen Einfluß. Pat. hatte gelegentlich nervöse Herzbeschwerden ohne organischen Befund.
Fall 3. S. L., 36 Jahre alt. Beginn des Leidens seit dem 23. Jahre an den Unterschenkeln, wodurch die Gehfähigkeit sehr beeinträchtigt wurde.
Nervensystem: Außer unvollständiger Abduzenslähmung rechts kein organischer Befund. Hysterie.
Haut: Diffuse Sklerodermie der Füße und Unterschenkel. Über den Knien Atrophie. Behaarung normal.
Blutbild: normal.
Magenuntersuchung: Freie HCl 15. Gesamtazidität 42,5. Pepsin vorhanden.
Fall 4. L. H., 55 Jahre alt. Nie ernstlich krank als Kind, Menses mit 14 Jahren. 1 Abortus, 3 Partus. Seit 1922 Gelenkschmerzen mit Schwellung der Gelenke. Mit 50 Jahren Menopause; ungefähr seit dieser Zeit datieren die Gelenkschmerzen. Ende 1925 Gewichtszunahme und Gefühl des Geschwollenseins. Seit 1926 Ulzera an den Unterschenkeln, zunehmende Versteifung der Finger. Auch beim Kauen Spannungsgefühl im Kiefer. 1924 Ausfall der Achsel- und Schamhaare innerhalb 3 Wochen.
Status: Verhältnismäßig alt aussehende Pat. Die Haut beider Oberarme hart ödematös, Haut der Unterarme und Finger stark gespannt, metallisch glänzend, zum Teil pigmentiert. Auf der Brust eine größer ausgedehnte sklerotische Infiltration im

Digitized by Google

ödematösen Stadium, keine Oberflächenveränderung. Die Bauchhaut verhältnismäßig wenig induriert, aber stark pigmentiert. An Unterarmen und Fingern zahlreiche Pigmentationen. An der Außenseite beider Unterarme und beider Unterschenkel flache Ulzerationen.

Röntgenologischer Befund: Sella etwas vergrößert. Knochen beider Hände atrophisch, rechts mehr als links. Knochen rechts verschmälert, mit Beugekontraktur. Kniegelenkspalt links innen verschmälert, rechts beiderseits obere Tibiagrenzen abgeplattet und lateral ausgezogen. Knochen beider Füße stark atrophisch, durchlässiger als normal. Befund wie bei Arthritis.

Funktionsprüfung des vegetativen Nervensystems zeigt sympathische Untererregbarkeit bei parasympathischer Übererregbarkeit. Schilddrüse bei dieser Pat. wie auch bei den anderen anscheinend verkleinert.

Bei der zweiten Aufnahme, 11 Monate später, im April 1927 ist überall der sklerodermatische Prozeß weitergegangen.

Blutbefund: normal.

1. Magenaushebung nach Probefrühstück: Freie HCl 0:10 Gesamtazidität. 20 Tage später freie HCl 0:10 Gesamtazidität. 60 Tage später freie HCl 0:12 Gesamtazidität.

Ein 5. Fall aus der Privatpraxis betrifft eine Krankenschwester von sehr grazilem Bau, anämischem Aussehen, bei der eine sonstige genauere Untersuchung nicht möglich war. Vor $2^1/_2$ Jahren bemerkte sie zuerst das sklerodermatische Leiden. Es handelte sich um mehrere strichförmig an der Innenfläche des linken Ober- und Vorderarmes angeordnete Herde von Sklerodermie, teils im ödematösen, teils im atrophischen Stadium mit Lilacring und teilweiser brauner Pigmentierung. Sie trat am 18. XI. 1926 in meine Beobachtung.

Die zuerst vorgenommene Salzsäureuntersuchung ergab: Kongo negativ, freie HCl = 0. Gesamtazidität 16, Milchsäure negativ.

Am 2. VI. zeigt das Leiden eher Rückbildung, jedenfalls keinen Fortschritt. Kongo negativ, freie Salzsäure 6, Gesamtazidität 22, Milchsäure negativ.

In allen diesen Fällen also, bei denen teils eine diffuse, teils eine zirkumskripte Sklerodermie vorlag, fand sich teils Mangel, teils Verringerung der freien Salzsäure, während die Untersuchungen in 2 Fällen das Vorhandensein des Magenferments aufwiesen. Dabei ergab die in einigen Fällen mehrfach vorgenommene Untersuchung, daß die erhobenen Befunde nicht völlig konstant blieben, aber doch eine Verringerung, in einzelnen Fällen auch mehrfalls ein Fehlen der freien Salzsäure festzustellen war.

Diese Befunde in 5 Fällen schienen mir immerhin so bemerkenswert, daß ich sie hier mitteile. Es besteht wohl jetzt ziemlich allgemein die Auffassung, daß die Sklerodermie eine mit dem sympathischen und endokrinen System zusammenhängende Affektion ist. Ich erinnere mich hierbei, daß wir bei den chronischen Thalliumvergiftungen von Tieren und bei den mit Thallium behandelten Kindern mit Mikrosporie in einem erheblichen Prozentsatz Fehlen bzw. wesentliche Verringerung der Salzsäureprodukte fanden; da wir jetzt wohl mit Sicherheit dem Angriffspunkt des Thalliums im sympathisch-endokrinen Gebiet lokalisieren dürfen, so würde aus diesem Vergleich ein wesentliches Moment für den Zusammenhang der Sklerodermie mit diesem System resultieren.

Es ist nun von Interesse, daß wir neuerdings in einem an anderer Stelle ausführlich noch publizierenden bemerkenswerten Fall, bei dem die Diagnose schwankt, zwischen einer muskulären Form des von mir seinerzeit beschriebenen und durch weitere Krankheitsbeobachtungen anderer Autoren mehrfach bestätigtes Sklerödema adultorum und einer lediglich auf die Muskulatur beschränkten Myosklerosis, wie dies in dieser Weise anscheinend noch nicht beobachtet ist — ich neige zur ersteren

Digitized by Google

Diagnose auf Grund verschiedener Erwägungen —, einen erhöhten Salzsäurebefund (frei HCl 54, Gesamtazidität 83) erhoben haben.

Dieser Fall ist noch dadurch interessant, daß wahrscheinlich im Anschluß an eine Grippe (oder Angina) wie auch in sonstigen Fällen von Sklerödem, wo meist diese Krankheit vorhergeht, anscheinend nach der Schilderung sich zunächst eine Schilddrüsenschwellung entwickelte, die jetzt zurückging, dabei aber der Grundumsatz so stark herabgesetzt ist, daß man eine Unterfunktion der Schilddrüse annehmen muß. Es wäre vom praktischen Gesichtspunkt aus natürlich sehr bedeutungsvoll, wenn wir diese beiden Affektionen durch die Salzsäureuntersuchung differenzieren könnten. Sollte es sich um eine Myosklerose handeln — was ja erst bei langer Beobachtung durch Atrophie der Muskeln sich bestätigen ließe —, dann müßte erwogen werden, ob dieser in ganz früher Zeit (etwa ein halbes Jahr nach dem Entstehen) untersuchte Fall eine Steigerung der Salzsäure hätte, während die anderen lange bestehenden und chronischen das Gegenteil aufweisen, wenn nicht eben weitere Beobachtungen diese Befunde als zufällige ergeben. Ich möchte deshalb ausdrücklich hervorheben, daß die mitgeteilte Zahl der Beobachtungen viel zu klein ist, um hieraus wirklich feststehende Schlüsse zu ziehen, wenngleich der gleichmäßige Ausfall der Untersuchung auffällig ist. Da aber die Zahl der Sklerodermien und noch mehr des Sklerödems selbst bei einem großen Krankenmaterial verhältnismäßig klein ist, so möchte ich lediglich durch diese Mitteilung die Anregung zu ähnlichen Untersuchungen geben, damit erst dann bei großer Zahl sich herausstellt, ob hier Zufallsbefunde vorliegen oder ob ein innerer Zusammenhang zwischen der Magendrüsenfunktion und der Sklerodermie, dem Sklerödem besteht[1]).

Hervorheben möchte ich zum Schluß bloß noch, daß die im ersten Fall nachgewiesene Pepsinproduktion jedenfalls zu beweisen schien, daß, wenn die hier ausgedrückte hypothetische Meinung zutrifft, anscheinend hier nicht eine sklerodermatische Veränderung der Magenschleimhaut vorzuliegen scheint, sondern mehr eine funktionelle. Im übrigen ist der Nachweis einer Magenfunktionsstörung auch therapeutisch insofern nicht ganz bedeutungslos, als sich durch Verabreichung von HCl doch dieselbe bessern und auf die Ernährung der Pat. verbessert werden könnte, was für das Allgemeinbefinden nur zum Vorteil wäre. Inwieweit Darmstörungen, die gelegentlich bei Sklerodermie beobachtet werden, auf ähnlichen funktionellen oder organischen Veränderungen beruhen, wäre auch noch zu prüfen. Bemerkenswert ist auch das Fehlen bzw. die Verringerung der Achsel- und Schambehaarung, die auch sonst schon — auch früher von uns — bei Sklerodermie beobachtet und wohl als endokrines Symptom aufzufassen ist.

[1]) Entsprechend den Urbachschen Beobachtungen ist — beim Zutreffen meiner Hypothese — doch wohl kaum zu erwarten, daß in allen Sklerodermiefällen das Magensymptom sich findet. Erwähnt sei noch, daß wir bei Sklerodermie mehrfach Störungen im Kalkstoffwechsel nachwiesen, ebenso wie in einem Fall von Anetodermie mit Knochengewebsaufhellung (röntgenologisch), wie sie sich auch bei Sklerodermie findet. Analog unseren Thalliumversuchen scheinen das neue Beweise für die endothrine Genese dieser Dermatosen zu sein.

Digitized by Google

Aus dem Hygienischen Institut der Universität Gießen (Direktor: Prof. Dr. Ph. Kuhn) und der Dermatologischen Universitäts-Klinik (Direktor: Prof. Dr. Jesionek)

Nissotax ein neues Ungezieferv ernichtungsmittel

Von

Philalethes Kuhn und F. v. Grundherr

Eine systematisch fortgesetzte Reihe von Untersuchungen führte zu der Zusammenstellung eines Mittels zur Ungezieferv ernichtung durch die chemische Fabrik von Heyden, Aktiengesellschaft Radebeul-Dresden, das eine Lösung eines fettaromatischen Alkohols in einer insektiziden Seife darstellt und den Namen „Nissotax" für den Handel erhalten hat.

Die Laboratoriumsversuche ergaben zunächst, daß menschliche Kopfläuse mit diesem Mittel betupft nach 1 Minute sämtlich tot sind, ebenso wie bei Cuprex der Firma Merck. Es fällt aber sofort der Vorteil in die Augen, daß die Nisse nach Anwendung von Nissotax sich nach wenigen Minuten gut abstreifen lassen, während sie bei den bisherigen Entlausungsverfahren noch nach 30 Minuten fest ankleben.

Weitere Untersuchungen an kleinen Tieren und Hunden ergaben, daß eine Einwirkung auf den Organismus ausbleibt, wenn das Mittel, nachdem es in die Haare und in die Haut eingerieben ist, nach einigen Stunden wieder abgewaschen wird.

Da die Beeinflussung der Nisse so auffallend günstig war, wurde die Anwendung des Mittels zur Läusebekämpfung der Menschen beschlossen. Die Versuche in der Hautklinik der Universität Gießen hatten nunmehr folgendes Ergebnis:

In den ersten Versuchen wurde nur die Fähigkeit des neuen Mittels, die Nisse gut vom Haar zu lösen, erprobt und gleichzeitig dabei festgestellt und geprüft, ob bei Anwendung des neuen Mittels irgend welche Schädigungen auftreten. Es wurden deshalb bei mehreren Individuen, die vorher mit einem anderen Mittel entlaust waren, die Haare mit Nissotax eingefeuchtet und dann mit dem engen Nisskakamm ausgekämmt. Dabei zeigte sich, daß das Auskämmen wesentlich rascher und sauberer, dabei aber auch angenehmer und schonender für den Patienten durchgeführt werden kann, als mit den bisher gebräuchlichen Mitteln wie Cuprex, heißem Essig, Nisskapulver (gelöst) oder 10%igen Antiforminlösung. Auch bei stark verkratzten und verkrusteten, sowie sekundärinfizierten Köpfen traten keine unangenehmen Sensationen oder Reizungen auf.

Nunmehr gingen wir dazu über, die ganzen Entlausungen mit Nissotax durchzuführen. Die Anwendungsweise war die gleiche wie bei Cuprex; das gelöste Haar wird gründlich mit dem Mittel durchtränkt, wobei man je nach Haarwuchs mit 50—100 ccm der Flüssigkeit auskommt. Bei der Konsistenz und Oberflächenspannung des Mittels, das auch fettiges Haar leicht und gut benetzt, ist es leicht zu erreichen, daß das gesamte Haar und damit auch sämtliche Läuse und Nisse gleichmäßig von dem Mittel überzogen werden. Über das Haar wird dann für 1—2 Stunden eine Pergamentpapierhaube (sogenannte Lixhaube) mit einigen Bindetouren befestigt.

Digitized by Google

Nach Abnahme der Haube kann man sofort mit dem Auskämmen der Nisse beginnen, oder aber die Haare werden erst gewaschen, wodurch die toten Läuse sowie der meist in reichlichstem Maße vorhandene Schmutz erst einmal entfernt werden. Dieses Auswaschen geht sehr rasch und leicht vonstatten, da die Grundlage des Mittels ja ein verseiftes Öl darstellt. Nach dieser Prozedur wird das Haar unter Zuhilfenahme von Nissotax, in das man von Zeit zu Zeit den engen Nisskakamm taucht, ausgekämmt. Zu guter Letzt wird das Haar noch mit warmem Wasser ausgespült, um die Reste von Nissotax und eventuell Schmutzreste völlig zu entfernen. Dabei zeigt sich als angenehme Beigabe, daß das Mittel ein schönes seidigweiches, glänzendes, lockeres Haar hinterläßt, wie man es schöner mit zweckmäßiger Haarpflege auch nicht erreichen kann.

Bisher wurden annähernd 50 Fälle mit dem neuen Mittel behandelt. Mit dem Erfolg waren wir sehr zufrieden. Schädigungen, die auf die Anwendung von Nissotax zurückgeführt werden müßten, traten nie auf, bei genauer Untersuchung und Urinkontrolle. Ebensowenig trat eine Verfärbung des Urins, die man nach Anwendung mancher Mittel zuweilen beobachtet, auf.

Der Erfolg war prompt und sicher. Zum Teil handelte es sich um Patientinnen, die wegen einer anderweitigen Affektion längere Zeit hier in Behandlung blieben — bei diesen konnte auch der Dauererfolg kontrolliert werden. Es wurden nie wieder Läuse bemerkt auch auf Köpfen, die absichtlich mit zahlreichen Nissen besetzt blieben.

Auch der Laboratoriumsversuch bewies die Abtötung der Nisse. Wurden vor und nach der Behandlung Haarproben entnommen und in feuchter Kammer bei 25—30° aufbewahrt, so zeigten die nach der Behandlung entnommenen Nisse nie eine Weiterentwicklung, geschweige denn ein Ausschlüpfen junger Läuse, im Gegensatz zu den vor Beginn der Behandlung entnommenen Proben.

Auch bei Morpionen wurden mehrere Entlausungen zu unserer und der Patienten Zufriedenheit durchgeführt. Seit Anwendung von Nissotax ist es uns möglich, die mit einer Läusehaube versehenen Patienten in den Krankensälen zu belassen, während dies bei anderen bekannten Mitteln wegen des unangenehmen und aufdringlichen Geruches nicht möglich war.

Ein besonderer Vorzug ist es auch, daß Nissotax unbrennbar ist.

Versuche, die im Gange sind, um den Wirkungsmechanismus des Mittels näher zu klären, konnten in den letzten Monaten infolge mangelnden Materials noch nicht zu Ende geführt werden. Darüber soll später berichtet werden. Doch sind die praktischen Ergebnisse bisher so gut, daß eine Verwendung und Nachprüfung von Nissotax[1]) in größerem Maßstabe gerechtfertigt erscheint.

Zusammenfassung

Es wird über ein neues Ungeziefermittel berichtet, welches von der chemischen Fabrik von Heyden, Aktiengesellschaft, Radebeul-Dresden,

[1]) Nissotax ist auch als Mittel gegen Wanzen und anderes Ungeziefer nicht unwirksam.

Digitized by Google

unter dem Namen „Nissotax" in den Handel gebracht wird. Das neue Mittel bedeutet bei der Entlausung entschieden einen Fortschritt. Dieser beruht auf folgendem: 1. der Farblosigkeit, 2. dem geringen und nicht aufdringlichen Geruch und der angenehmen Anwendungsweise, 3. der ausgezeichneten, lösenden Wirkung auf die an den Haaren festklebenden Nisse, 4. der Sicherheit der Wirkung, 5. der völligen Unbrennbarkeit. Weitere Erprobung des Mittels wird befürwortet.

Aus dem Elisabethspital in Hódmezövásárhely (Ungarn)
(Direktor: Doz. Dr. A. v. Genersich)

Sekundäre Anämie nach einer Thallium-aceticum-Epilation [1])

Von

Dr. S. v. Szentkirályi, Prim. an obigem Spital

Das nach R. Cicero und Peter in die Dermatologie zur Epilation eingeführte Thallium aceticum wirkt nach den bisherigen Untersuchungen auf das gesamte endokrine Drüsensystem (Hypofunktion) und auf diesem Wege auf das vegetative Nervensystem. Der bei der Behandlung von Pilzerkrankungen der Haut erwünschte Haarausfall ist also bloß eine Teilerscheinung jenes Symptomenkomplexes, welches durch die Läsion des endokrinen Systems und die Gleichgewichtsstörung des vegetativen Nervensystems zustande kommt. Mittels Tierexperiment und Untersuchungen an Menschen ist jene Menge dieses Mittels bestimmt worden, nach deren Verwendung zwar die Haare ausfallen, die anderen Erscheinungen des Symptomenkomplexes — in unserem Sinne Nebenerscheinungen — aber noch nicht in unangenehmer Weise auftreten. Vergiftungen mit Thallium aceticum, wie sie in der ersten Zeit der Verwendung dieses Mittels vorkamen, werden heute kaum beobachtet. Dieser Umstand gestattet aber nicht, die Nebenerscheinungen des Thalliums zu vernachlässigen; man muß im Gegenteil auch weiterhin besonders vorsichtig sein, denn die individuell verschiedene Empfindlichkeit gegen Thallium kann zu sehr unangenehmen Folgeerscheinungen führen.

Ich will nicht in der Literatur bisher beschriebene Nebenerscheinungen aufzählen (diesbezüglich verweise ich auf die betreffenden Publikationen), es soll hier bloß von der sekundären Anämie an der Hand eines Falles die Rede sein.

M. S., 13jähr. Knabe, wird am 31. I. 1927 mit Favus capitis auf meine Abteilung aufgenommen. Die seit etwa 5—6 Jahren bestehende Erkrankung hat den größten Teil der behaarten Kopfhaut befallen. In Anbetracht des guten Allgemeinzustandes, der kaum merkbaren Anzeichen der beginnenden Pupertät und des Fehlens irgend einer nachweisbaren endokrinen Störung, habe ich mich zu der Thallium-Therapie entschlossen. Der 37 kg schwere Pat. erhielt 8 mg pro kg Körpergewicht, das sind im ganzen 0,296 g, Thallium aceticum (Kahlbaum) in Wasser gelöst, und zwar in zwei Teilen am 2. und 5. II. Bis zum 13. II. war das Allgemeinbefinden des Pat. unverändert gut. An diesem

[1]) Nach einem im Ärzteverein in Szeged am 26. III. 1927 gehaltenen Demonstrationsvortrag.

Digitized by Google

Tage stellen sich in beiden Beinen Schmerzen ein, welche beim Gehen noch am erträglichsten sind, sich aber in der Ruhe derart steigern, daß Pat. unfähig ist zu schlafen und den ganzen Tag weint. Objektiv findet sich an der Wadenmuskulatur Druckempfindlichkeit, besonders schmerzhaft ist aber das Beklopfen der Tibia. Die Gelenke sind frei beweglich und nicht schmerzhaft. Die Blutuntersuchung am 13. II. ergibt: 4300000 rote, 6000 weiße Blutkörperchen, 74% Hämoglobin, qualitativ keine Veränderung. Körpergewicht unverändert 37 kg.

Während der weiteren Beobachtung wird das Blutbild und das Körpergewicht systematisch untersucht. Gegen die Schmerzen erhält Pat. Aspirin, welches die Schmerzen lindert, aber nicht ganz beseitigt.

Am 17. II. beginnt der Haarausfall büschelweise. Blutbild am 17. II. 4000000 rote, 6000 weiße Blutkörperchen, 70% Hämoglobin, Körpergewicht 35 kg.

Am 21. II. hörten die Schmerzen in den Beinen ganz auf, Pat. ist aber sehr schwach, ganz appetitlos und kann kaum gehen. Am selben Tage ergibt die Blutuntersuchung: 3340000 rote, 5800 weiße Blutkörperchen (10% Eosinophile, 40% Lymphozyten), 50% Hämoglobin, Körpergewicht 32 kg. Verordnung: Eisen, Arsen, Quarzlichtbestrahlung.

Am 26. II. ist Pat. wachsgelb, sehr verfallen, schlafsüchtig. 3750000 rote, 7300 weiße Blutkörperchen, 50% Hämoglobin.

Am 4. III. 3555000 rote, 8200 weiße Blutkörperchen, 50% Hämoglobin. Körpergewicht unverändert 32 kg.

Am 10. III. 3700000 rote, 7800 weiße Blutkörperchen, 54% Hämoglobin (Tonsillitis follicularis, Temperatur über 38° C).

Am 14. III. 3600000 rote, 7800 weiße Blutkörperchen (8% Eosinophile, 40% Lymphozyten), 58% Hämoglobin (Tonsillitis geheilt, Allgemeinbefinden und Appetit gebessert), Körpergewicht 32,5 kg.

Am 21. III. bei gutem Allgemeinbefinden und Appetit: 3900000 rote, 8500 weiße Blutkörperchen (5% Eosinophile, 38% Lymphozyten), 61% Hämoglobin, Körpergewicht 34,5 kg.

Am 26. III. 3800000 rote, 7000 weiße Blutkörperchen (7% Eosinophilie, 38% Lymphozyten), 60% Hämoglobin, Körpergewicht 35 kg.

Am 1. IV. Pat. ist bei vollständig gutem Allgemeinbefinden und Appetit außer Bett. 3500000 rote, 6800 weiße Blutkörperchen, 63% Hämoglobin, Körpergewicht 35,5 kg.

Am 8. IV. 3720000 rote, 6700 weiße Blutkörperchen (2% Eosinophile, 36% Lymphozyten), 70% Hämoglobin, Körpergewicht 36,5 kg.

Am 21. IV. Kopfhaare fast vollständig wieder gewachsen, Allgemeinbefinden usw. gut, 4200000 rote, 6700 weiße Blutkörperchen (1% Eosinophile, 20% Lymphozyten), 72% Hämoglobin, Körpergewicht 39 kg.

Das qualitative Blutbild zeigte während des ganzen Krankheitsverlaufes niemals pathologische Formen. Der Harnbefund war stets negativ, keine pathologischen Erscheinungen von seiten des Magen-Darmtraktes. Die Zirkulationsorgane ergaben außer einer kurze Zeit dauernden mäßigen Bradykardie keine Abweichungen von der Norm. Nachdem bei dem Kranken noch die nötige Lokaltherapie an den befallenen Stellen der Kopfhaut angewendet worden war, verließ er geheilt die Abteilung.

Die sekundäre Anämie ist in diesem Falle zweifellos als Schädigung des die Blutbildung beeinflussenden endokrinen Systems durch das Thallium aceticum aufzufassen. Mit einer Beeinträchtigung der Blutbildung haben wir bei jeder Läsion des endokrinen Systems zu rechnen, eben deshalb ist es merkwürdig, daß in den mehr als tausend beschriebenen Fällen von Thallium-Epilation diesbezüglich kaum Erwähnung getan wird. Buschke und Flamm, nach diesen Kleinmann haben zwar bei den meisten ihrer Fälle eine Veränderung des Blutbildes beobachtet (Auftreten von Lymphozytose und Eosinophilie in der dritten Woche nach Verabreichung des Thalliums), eine so schwere sekundäre Anämie wird aber von keinem Autor erwähnt. Jene Autoren, die (außer den erwähnten) während der Thallium-Therapie überhaupt Blutuntersuchungen anstellten, fanden fast eindeutig, daß das Blutbild unverändert bleibt.

Digitized by Google

Wenn wir nun die Symptome des oben beschriebenen Falles zusammenfassen, von denen als subjektive: sehr intensive Schmerzen in den langen Röhrenknochen und eine vielleicht durch Achylie hervorgerufene (Buschke) Apetitlosigkeit, als objektive: Haarausfall, rapide Körpergewichtsabnahme, große Verfallenheit und vor allem eine starke sekundäre Anämie zu erwähnen sind, müssen wir diese auf eine bedeutende Funktionsstörung des endokrinen Drüsensystems zurückführen. Ob diese Funktionsstörung auch von morphologisch erkennbaren Veränderungen begleitet ist, darüber gibt uns obiger Fall natürlich keinen Aufschluß. Von besonderem Interesse wäre die Frage, ob die Schmerzen in den langen Röhrenknochen nicht etwa durch nachweisbare Veränderungen im Knochenmark bedingt sind.

Der beschriebene Fall, desgleichen ich in der mir zur Verfügung stehenden Literatur nicht finden konnte, mahnt zu erhöhter Vorsicht bei Anwendung der Thallium-aceticum-Epilation, insbesondere zeigt er, daß die systematische Blutuntersuchung bei dieser Behandlungsmethode nie vernachlässigt werden darf.

Literatur

Divella-Bary, Derm. W., S. 1683, 1926. — Divella, Derm. W., S. 1752, 1925. — Buschke, Kl. W., S. 1698, 1923. — Buschke, Kl. W., S. 1458, 1923. — Buschke, D. m. W., S. 1550, 1926. — Kleinmann, M. Kl., 1926. — Kleinmann, Derm. W., S. 496, 1927. — Fiocco, Derm. W., S. 1683, 1926. — Pauchly, Orv. Hetilap (ung.), S. 869, 1926. — Pasini, Derm. W., S. 1683, 1926. — Nägeli, Blutkrankheiten. — v. Berde, Thallium in der Dermatologie, Vortr. im Ärztever. Szeged am 26. III. 1926 (ung.).

Aus der Abteilung für männliche Gonorrhoe des Odessaer Staatlichen Dermato-Venereologischen Instituts (Glawtsche-Institut) (Direktor: Dr. M. G. Choroschin. Leiter der Abteilung Dr. L. R. Leites)

Ein Fall von Epididymitis idiopathischen Ursprungs[1])

Von

Dr. L. I. Litwak, Assistent

Die nicht venerischen Erkrankungen der Hoden- und Nebenhoden können laut Kochers Klassifikation: 1. traumatischen, 2. urethralen, 3. metastatischen und 4. idiopathischen Ursprungs sein. Alle die Epididymitiden, für deren Entstehung kein Trauma, keine urethrale, hämatogene oder lymphogene Infektion verantwortlich gemacht werden kann, faßt Kocher in die Gruppe der sogenannten Epididymitiden idiopathischen Ursprungs zusammen. Solche Nebenhodenentzündungen kommen äußerst selten vor, und darum ist vorliegender Fall, gleich dem von Almkvist, in der Sitzung der Stockholmer dermatologischen Gesellschaft vom 9. IV. 1924 vorgestellten, beachtenswert und muß eingehend besprochen werden.

Patient K., 52 Jahre alt, kam auf die Abteilung für männliche Gonorrhoe des Glawtsche-Instituts, klagte über Schmerzen und Schwellung der linken Skrotalhälfte.

---

[1]) Demonstriert in der Sitzung der Dermatol. u. Venereologischen Gesellschaft zu Odessa am 29. XII. 1926.

Digitized by Google

Die Beschwerden traten angeblich ganz plötzlich ohne welche Ursache vor 6—7 Tagen auf. Patient war 2mal verheiratet. Aus erster Ehe, die $^1/_2$ Jahr währte, hat Pat. einen 22jährigen gesunden Sohn. Das zweite Mal heiratete er nach 18 Jahren, aber auch hier war ihm das Glück nicht hold, auch von der zweiten Ehefrau trennte er sich nach einigen Monaten, da er erfahren hatte, daß sie an Syphilis leide; Pat. infizierte sich von ihr 1924, und seitdem ist er in Behandlung in der syphilitischen Abteilung des Instituts. Er hat 5 energische Kuren einer kombinierten Salvarsan-Wismut-Therapie durchgemacht und nun die 6. Kur begonnen. Von Infektionskrankheiten hat er Rückfallfieber 1919, welches sich mit Erscheinungen seitens der Augennerven komplizierte, überstanden.

An Gonorrhoe hat Pat. nie gelitten. Letzter Koitus vor $2^1/_2$ Jahren. Die Untersuchung der inneren Organe ergab Lungenemphysem, Arteriosklerose und Myokarditis. WR-Liquor normal.

Objektiver Befund: Penis, Hoden und rechter Nebenhoden ohne Besonderheiten. Der Umfang der linken Skrotalhälfte erreicht die Größe einer Faust eines erwachsenen Menschen; die Haut des Hodensackes normal. Der linke Epididymis ist auf der ganzen Strecke vergrößert, insbesondere an Kopf und Schwanz, sehr schmerzhaft. Temperatur 38,4. Sekretabsonderung (nachdem Pat. 6 Stunden keinen Urin gelassen hatte) nicht sichtbar. Beide Urinportionen klar, ohne welche Beimischung. Miktion frei, schmerzlos. Prostata von normaler Größe und Konsistenz. Samenbläschen fühlen sich nicht an.

Das klinische Bild der vorliegenden Erkrankung läßt uns zunächst an eine venerische Abstammung des Leidens denken, d. h. an Gonorrhoe und Syphilis. Zwecks Ausschließung letzterer wurde eine Reihe wiederholter Untersuchungen, die in diesen Fällen üblich sind, ausgeführt.

Einigemal wurde Pat. mit voller Harnblase bestellt (mehr als 6 Stunden keinen Urin gelassen). (Entsprechende Analysen.) Am Beginn der Erkrankung wurde eine Reihe von chemischen und nach Abklingen derselben mechanischen Provokationen, ferner Urethroskopie, wiederholte bakterioskopische und bakteriologische Untersuchungen des durch Abschabung der Urethralschleimhaut gewonnenen Sekrets, sowie des Sediments des ersten Urins, des Prostatasekrets, des Sediments, das durch Zentrifugieren des Urins nach Prostatamassage erhalten wurde, ausgeführt und alles das mit negativen Resultaten hinsichtlich der Gonorrhoe. Die Urethroskopie ergab seitens der Schleimhaut der Urethra und seitens des Drüsenapparates keine Besonderheiten. Die objektiven Befunde bestätigen auf diese Weise die Anamnese des Kranken, und wir können mit vollem Recht den gonorrhoischen Ursprung der Epididymitis verwerfen.

Die syphilitische Affektion der Nebenhoden wurde zuerst von Dron 1863, ferner von Fournier 1875, Balme 1876, Reclus 1883, Pascal, Pinner usw. beschrieben. Im Laufe der Syphilis wird die Epididymis hauptsächlich im zweiten Stadium befallen, später wird der Hoden oder Hoden samt Nebenhoden ergriffen. Die sekundäre syphilitische Epididymitis tritt zumeist mit den ersten Sekundärerscheinungen der Syphilis auf. Nach Dron wird sie im 3.—4. Monat der Infektion beobachtet; sie beschränkt sich meistenteils auf den Kopf des Organs, während der übrige Teil des letzteren verschont bleibt.

Klinisch hat die sekundäre syphilitische Epididymitis die Form einer auf oberem hinterem Hodenanteil aufsitzenden Geschwulst; sie ist gewöhnlich nicht groß, von runder oder ovaler Form, von derber oder harter Konsistenz, weist eine glatte, gleichmäßige, knotenfreie, nicht höckerige Oberfläche auf, ist an und für sich sowie bei Palpation und Kompression völlig indolent. Der Entstehungsmodus der vorliegenden Epididymitis, ihr Verlauf, das klinische Bild (nach einem Monat Restitutio ad integrum):

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DEPARTMENT OF LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

alles spricht gegen Syphilis. Da das Zustandekommen der Nebenhodenentzündung gegebenenfalls nicht auf Gonorrhöe oder Syphilis beruht, so müssen zu ihrer Erklärung andere Momente herangezogen werden. Vor allem kommt hier das Trauma in Betracht. Äußere, sowie innere Traumen rufen oft Epididymitiden hervor. Weder äußere Traumen, noch irgendwelche instrumentellen Eingriffe, wie Katheterisierung, Bougierung liegen in unserem Falle vor. Unzweckmäßig ausgeführte prophylaktische Injektionen nach verdächtigem Koitus können eine Nebenhodenentzündung auslösen (Bingler), aber auch diese Momente fehlen hier. Thermische, chemische, elektrische, mechanische Manipulationen anläßlich der einen oder der anderen Erkrankung im Kolikulusgebiet können zu dieser nicht spezifischen Entzündung führen (Reflex im Nebenhoden infolge der Antiperistaltik des Vas deferens); für uns kommt das nicht in Betracht.

In die Gruppe der traumatischen Epididymitiden bezieht man auch die „erotischen Nebenhodenentzündungen" (Waelsch), die auf Grund kongestiver Zustände infolge sexueller Erregungszustände entstehen, und die Epididymit. sympathicae (Porosz), die durch Reizung des Sympathikus zustande kommen, ein. Der Mechanismus ihrer Entstehung ist noch nicht bekannt.

Waelsch nannte die ersteren, d. h. die Nebenhodenaffektionen, die auf sexuelle Erregungszustände zurückzuführen sind, „erotische" und stellte sie als eine besondere Gruppe auf, indem er sie streng von den anderen, auf Störungen des sympathischen Nervensystems beruhenden Epididymitiden abgrenzt.

Porosz bringt eine ganze Gruppe von Nebenhodenentzündungen infolge Schrecken, erschwerten Stuhlgangs usw. in Zusammenhang mit Störungen der Erregbarkeit des N. sympathicus. Er nimmt an, daß solche Epididymitiden durch Störungen des sympathischen Nervenapparates der arteriellen Wände zustande kommen.

Oppenheim ist weder mit Waelschs noch mit Porosz' Erklärung des Entstehungsmechanismus solcher Affektionen einverstanden. Er ist der Ansicht, 1. daß beide Formen, die sogenannten Epididymit. eroticae und Epididymit. sympathicae in eine Gruppe zusammengefaßt werden müssen, und 2. den Mechanismus ihrer Entwicklung erklärt er dadurch, daß die Produkte der Hypersekretion der Vasa seminal. und deferent. infolge der Muskelantiperistaltik in die Cauda geschleudert werden.

Bei der urethralen Form entstehen die nicht spezifischen Epididymitiden genau so wie die gonorrhoischen, mit dem Unterschiede, daß hier der Krankheitserreger ein anderer ist: Staphylokokken, Streptokokken, Bact. coli commune, Pneumokokken, grampositive Diplokokken usw. Die Keime können auf urethralem Wege oder von der Harnblase, Niere, Prostata aus in den Nebenhoden gelangen. Wie oben erwähnt, wurde alles zur Feststellung des Erregers getan, jedoch mit negativem Resultat.

Epididymitiden hämatogenen Ursprungs treten auf Grund akuter und chronischer Infektion auf. Im ersten Falle wird meistens der Hoden und selten der Nebenhoden befallen. Es sind Epididymitiden auf der Grundlage von Mumps (Parotitis epidemica), Typhus abd., Grippe, Pneumonie, Angina, Scharlach, akutem Gelenkrheumatismus, Blattern, Windpocken, Rotz, Flecktyphus, Malaria, Rückfalltyphus bekannt. Dumont

Digitized by Google

und Fissier beobachteten eine Orchi-Epididymitis bei Staphylokokkenseptikämie mit Ausgang in Vereiterung. Alle diese Momente sind in unserem Falle ausgeschlossen. Von den chronischen Infektionen befällt den Nebenhoden zumeist die Tuberkulose. Die tuberkulösen Epididymitiden haben einen chronischen Verlauf, sind schmerzlos; bei Palpationen fühlen sich multiple Knoten oft von ungleicher Konsistenz an; neben derben Knoten bestehen weniger derbe, ja sogar fast in Erweichung begriffene. Bei der Tuberkulose wird auch der Samenstrang in Mitleidenschaft gezogen; er wird geschlängelt, rosenkranzförmig. Oft werden die Prostata und Samenbläschen mitergriffen. Bei der tuberkulösen Affektion des Nebenhodens finden sich auch andere Symptome von Tuberkulose im Körper.

Da hinsichtlich der Entstehungsweise und Ursache der vorliegenden Affektion alle Anhaltspunkte fehlen, muß unser Fall nach Kocher zu den Epididymitiden mit unklarer Ätiologie, zu den „Epididymitiden idiopathischen Ursprungs" gezählt werden.

Literatur

1. Buschke u. Langer, Lehrbuch der Gonorrhoe. Berlin 1926. — 2. Callomon Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Leipzig 1924. — 3. Adrian, Die nichtgonorrhoische Urethritis beim Manne. Halle a. d. S. 1915. — 4. Flesch-Thebesius, Zur Kenntnis der chronischen nichtspezifischen Erkrankungen der Nebenhoden. Bruns Beitr. z. klin. Chirurgie, Bd. 123. — 5. Kappis, M. Die nichtspezifische Epididymitis. D. m. W., 1919, S. 133 u. 1920, S. 341. — 6. Mandl, Zur Frage der chronischen nichtspezifischen Hoden- u. Nebenhodenentzündung. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankheiten, 1922, Bd. 6, S. 551. — 7. Michell, E., Über Orchitis u. Epididymitis syphilitica. Inaug.-Diss., Rostock 1906.

Die Quellstäbchenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, ein technischer Fortschritt

Von

Dr. H. Lippert, Facharzt in Köln

Ich habe die von anderer Seite in der neueren Literatur mehrfach hervorgehobenen Partagonquellstäbchen, da ich ihre Konstruktion für eine geistreiche Erfindung halte, nunmehr fast zwei Jahre hindurch in der täglichen Fachpraxis möglichst intensiv verwandt und gebe nachstehend die gemachten Erfahrungen wieder. Der Zeitraum erscheint mir groß genug, um ein brauchbares Urteil über ihre Verwendbarkeit abzugeben.

Für die Behandlung der Urethralgonorrhoe sind diese Stäbchen wie geschaffen. Die Infektion der Harnröhre ist beim Mann wie beim Weib infolge Versagens der Körperabwehrkräfte bekanntlich ein notwendiger und geeigneter Angriffspunkt unserer chemischen Mittel. Sie wurde und wird ziemlich schematisch mit mehr oder minder stark angreifenden Desinfizientien behandelt, unter denen die Silbermittel die Führung haben. Die vielfach beliebte Methode der Injektion flüssiger Silberlösungen in die weibliche Urethra vermittels der Tripperspritze ist so alt, wie sie schlecht ist. Sie kann desinfizierend wirken auf die Vulva; sie kann aber weit mehr Schaden anrichten, indem das schematische gehäufte Ansetzen der Spritze, wie ich es immer wieder bei Selbstbenutzung durch die Pat. gesehen habe, zur Keimverschleppung in die Nachbarschaft und damit zur Miterkrankung der Skeneschen Gänge und der Bartholinischen Drüsen führt. Sie reizt weiterhin unnötig die durch keinen festen Muskelring abgeschlossene Harnblase, in der die Gonokokken wenig Schaden stiften. Die Anatomie der Urethra,

Digitized by Google

der erwähnte Mangel des festen Abschlusses gegen die Blase, verhindern das Eindringen der Flüssigkeit in die tieferen Buchten und Taschen der Schleimhaut. Die Dehnung der sehr dehnungsfähigen weiblichen Urethra erstrebten daher schon die bisher üblichen Stäbchen nach Art der Gonostyli. Die runden Stäbchen aber waren zu dünn, zu schlüpfrig, dehnten nicht aus und hielten nicht sicher genug. Die kantigen Stäbchen anderer Konstruktion reizten und beschädigten die Wandung. Ich habe daher die Partagonstäbchen mit einer gewissen Spannung in Gebrauch genommen, weil ich mir von der ihnen eigenen bedeutenden Quellfähigkeit in Verbindung mit ihrer Oberflächengestaltung sehr viel versprach. Die Silbermasse hat die Eigenschaft, unter dem Einfluß des schleimigen Urethralsekretes langsam und intensiv zu quellen. Die Elastizität der eigenartigen Masse in Verbindung mit einer sehr geschickt erdachten Oberflächenrillung gestattet ein sicheres, sauberes Einführen, ohne ein Herausgleiten zu erlauben. Die Quellungsfähigkeit ist enorm. Man kann sich davon bereits bei in Wasser gelegten Stäbchen überzeugen, wo in einigen Stunden ein unförmiges Aufschwellen zu beobachten ist. Um das eigentliche Stäbchen herum liegt dann ein breiter, in lebhafter Aktion befindlicher Diffussionshof der zur Ausscheidung gelangenden kolloidalen Silbersalze. Der hohe Silbernitratgehalt von $1^1/_2$%, nur wegen dieser kolloidalen Bindung reizlos erträglich, schafft eine intensive Depotwirkung. Praktisch habe ich nun bald festgestellt, daß die Stäbchen vermöge ihrer Rillung festsitzen.

Bei sehr gereizter, stark eitrig sezernierender Urethra ist nicht sofort lokal zu behandeln; Sitzbäder, warme Kamillenaufschläge, Schonung lassen die Entzündung bald zurückgehen, dann wird intensiv behandelt. Tagtäglich muß das Stäbchen eingeführt werden, die Vulva wird danach mit einem kleinen Wattebausch geschlossen. Bei akuter Gonorrhoe habe ich das Einführen stets selbst vorgenommen, um ein Verschleppen der Keime zu verhüten. Zweimal wöchentlich habe ich vorsichtshalber die Vagina gespült und über Nacht einen Ichthyoltampon tragen lassen. 14 Tage wurde anhaltend durchbehandelt. In der dritten Woche wurden dreimal, in der vierten Woche noch zweimal Stäbchen eingeführt. Präparatkontrolle natürlich fortgesetzt. Wenn die Pat. mitmachte — und im allgemeinen setzen die Kranken alles an eine schnelle Heilung —, so fanden sich bei diesem Verfahren durchschnittlich nach 2 Wochen niemals mehr Gonokokken; nach 4 Wochen setzte ich aus, untersuchte nach den Menses und führte dann die verschiedensten Provokationen durch. Ich habe bei diesem sorgfältigen Verfahren keinen Versager erlebt. Es ist allerdings Voraussetzung, daß man 14 Tage lang selbst die Stäbchen einführt und dies nicht etwa den Kranken überläßt: dann ist alles verloren. Meine Fälle habe ich sämtlich ein Vierteljahr lang post menses nachuntersucht und nirgends Rezidive feststellen müssen. Auf solche Weise sind in den verflossenen 2 Jahren 42 Fälle akuter Urethritis gonorrhoica zur Ausheilung gekommen. Die Behandlungszeit ist also 4 Wochen, die Zeit, während der die Pat. in der Hand des Arztes bleibt, 4 Monate. Dann kann mit einigermaßen gutem Gewissen auch von Heilung gesprochen werden.

In der gleichen Zeit habe ich 48 Fälle weiblicher Gonorrhoe behandelt, bei denen eine Erkrankung der Zervix vorlag. Hiervon waren 8 Fälle reiner Zervixerkrankung ohne Beteiligung der Urethra. Ich darf kurz sagen, daß bei der entsprechenden intensiven und regelmäßig über eine Zeit von 4 Wochen ausgedehnten ärztlichen Behandlung die Ergebnisse genau die gleichen waren. Ich möchte besonders betonen, daß die Einführung der Stäbchen in die normale Zervix keinen Schwierigkeiten begegnet. In Fällen besonders kurzer Zervix muß das Stäbchen nur halbiert werden, bei sehr engem Zervixkanal wird das Stäbchen der Länge nach halbiert. Jedesmal ist ein Tampon, den man in üblicher Weise mit Ichthyolglyzerin tränkt, vor die Portio zu legen. Die Pat. läßt diesen liegen bis zum andern Tag und macht nach dem Herausziehen eine Reinigungsspülung.

Unkontrollierbarer liegen naturgemäß die Verhältnisse bei alten Gonorrhoen mit gleichzeitigem Befallensein von Urethra, Zervix und womöglich mit Erkrankung der Bartholinischen Drüsen. Hier ist Geduld und große Ausdauer am Platze. Zahlen zu geben über die Behandlungsdauer bei Behandlung in der Sprechstunde, geht nicht an. Die Stäbchenbehandlung führt hier nur aus einem Grunde offensichtlich zu schnellerem Erfolg. Da sie bei genügender Vorsicht reizlos ist, vermeidet man bei vernünftig lebenden Pat. mit ziemlicher Sicherheit das Aufsteigen der Infektion. Ich sehe hierin einen besonderen Vorteil und möchte besonders darauf hingewiesen haben. In vielen Fällen habe ich ausnahmsweise den Kranken die Stäbchen zur Eigenbehandlung der Urethra in die Hand gegeben, um Zeit zu gewinnen.

Digitized by Google

Liegt gleichzeitig eine Rektalinfektion vor, so habe ich die halbierten Stäbchen auch ins Rektum geschoben und nach kurzer Zeit die Infektion kupiert. Jedenfalls hat diese Behandlung vor der Injektion von Flüssigkeiten oder Salben den Vorzug der Reizlosigkeit und Sicherheit voraus.

Mir stehen hierzu noch 4 Fälle kindlicher Vulvovaginitis gonorrhoica zur Verfügung, gegen die ich mit zunächst täglich und eigenhändig eingeführten, je nach den Größenverhältnissen gekürzten Quellstäbchen vorgegangen bin. Die Behandlung ist mit Geduld und mit Unterstützung der Mutter unentwegt wochenlang fortzusetzen. Die Resultate waren gut. 6, 8 und 11 Monate erforderte die Ausheilung, ein Zeitraum, wie ihn die klinische Behandlung auch erfordert. Mit Hilfe der Stäbchen wird man aber doch ermutigt, nicht von vornherein die Kinder von der ambulanten Behandlung auszuschließen und erst, wenn die Mithilfe der Mutter versagt, die Klinik vorzuziehen.

Ich komme so nach zweijähriger eigener Erfahrung an rund 80 Fällen der verschiedensten Art weiblicher Gonorrhoe zu folgendem Resultat:

Die Erfindung der Silberquellstäbchen Partagon-Sandoz bedeutet für die ambulante Behandlung der weiblichen Gonorrhoe der Erwachsenen und des Kindes einen merklichen Fortschritt und eine wesentliche technische Verbesserung unserer chemotherapeutischen Maßnahmen. Nicht nur die Intensität der hochprozentigen Silbermasse, sondern mehr noch die Reizlosigkeit, Bequemlichkeit und Sauberkeit bei der Anwendung haben die Quellstäbchen rasch in der Praxis beliebt gemacht. Für die Urethralgonorrhoe insbesondere sind sie bisher das einzige Mittel, das durch genügende Entfaltung und gleichzeitige intensive und anhaltende Einwirkung auf die Schleimhaut unseren Wünschen nach gründlicher Vernichtung der Gonokokken gerecht wird. Den bisherigen, vorwiegend an Kliniken gewonnenen Erfahrungen möchte ich die meinigen anreihen, welche in der Sprechstunde gewonnen wurden. Dem Kollegen in der Praxis gelten in erster Linie meine Mitteilungen.

Literatur

von Neergaard und Schärer, Derm. Zschr., 1925, Bd. 43, H. 1/2. — von Neergaard, Derm. Zschr., 1925, Bd. 43, S. 271. — Dietel, D. m. W., 1925, Nr. 47. — Eppenauer, M. m. W., 1926, Nr. 24. — Holzamer, M. Kl., 1926, Nr. 18. — Lucke, D. m. W., 1926, Nr. 17.

Bemerkungen zu der Arbeit „Schwere Nekrose nach $HgCl_2$-Injektion“

Von

Dr. A. Lommen

Hautarzt zu Arnheim (Holland)

In dieser Wochenschrift, Bd. 84, Nr. 20, veröffentlichte L. Stein einen Fall, wo ein Patient, der eine Sublimatspritzkur durchmachte, nach der 7. Injektion von 1 ccm der 2%igen Lösung eine schwere Nekrose bekam.

Nun erinnert der beschriebene Fall an ein Krankheitsbild, das glücklicherweise nur selten auftritt, wenn nämlich die Einspritzung in eine Arterie gelangt, was Stein vielleicht nicht bekannt ist. Nachdem aber Prof. Nicolau zu Bukarest in einer Arbeit, veröffentlicht in den „Annales des maladies vénériennes“, dieses Krankheitsbild in allen seinen Einzelheiten klargemacht hat, so ist es für mich wohl ganz sicher, daß dies bei dem in Rede stehenden Falle gleichfalls vorgelegen hat.

Vor ungefähr 17 Jahren habe ich auch einmal nach einer 2%igen Sublimatinjektion ($1^1/_2$ ccm) etwas Derartiges gesehen. Am nächsten Tage schon war die linke Hinterbacke auf das Doppelte angeschwollen, war sehr schmerzhaft und fühlte sich bretthart an. Die Hautoberfläche zeigte eine blaurote Marmorierung, etwa wie die Äste eines Baumes. Obwohl dieser Zustand einige Zeit anhielt, war es doch nicht zur Nekrose oder Abszeßbildung mit Fistulierung gekommen; nach antiphlogistischer Behandlung war innerhalb von paar Wochen alles wieder ziemlich normal geworden.

Damals war dieses Krankheitsbild noch unbekannt und seine Pathogenese noch nicht erklärt. Der Fall kam mir dann auch sehr sonderbar vor, und ich konnte keine

Digitized by Google

Erklärung für diese Komplikation finden. Nach Kenntnis des Aufsatzes von Nicolau muß es sich aber auch in meinem Fall um ein Eindringen der Sublimatlösung in eine Arterie gehandelt haben.

Hieraus ergibt sich von selbst der Grundsatz, auch bei der intramuskulären Einspritzung löslicher, besonders aber mehr oder weniger ätzender Substanzen gerade so vorzugehen mit der Technik wie bei der Anwendung unlöslicher Salze, d. h. abwarten nach dem Einstich und Gebrauch machen vom Lesserschen Handgriff.

Versammlungen

Toskanisch-Umbrische Sektion der Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia

In der ersten Sitzung der neugegründeten Sektion (Vorsitzender: Prof. Lodovico Tommasi-Siena) stellt vor:

Cappelli: a) Fall von **Bromoderma tuberosum vegetans** bei einem Mädchen.

b) Fall von **mikropapulopustulösem Syphiloderma** in Resolution begriffen.

c) **Vier Pemphigusfälle,** von denen zwei den Typus des P. vulg. chron., einer den Typus eines Duhring und einer den Typus eines P. ac. febrilis boten.

d) Fall von **Xeroderma pigmentosum** in der Neoplasmaperiode, ein 5jähr. Kind betreffend.

e) Fall von **Lepra tub.**

f) Fall von **Hauttuberkulose mit exulzerierendem knötchenartigem Typus und Generalisation.**

g) Fall von **Hauttuberkulose mit polymorphem Syndrom** (noduloulzeröser, nodulovegetierender Typus mit multiplen Gummen).

Bertaccini-Perugia: a) **Progressive und atrophisierende Alopezie** (klinische Vorstellung). 21jähr. Soldat. Anamnestisch nichts von Belang. Seit 7 Monaten reichlicher Haarausfall. 3 Monate nach Beginn desselben Erkrankung an Malaria. Objektiver Befund: Außer mäßiger Vagushypertonie nichts von Belang. WR negativ. Die extrahierten Haare zeigen makroskopisch keine besondere Veränderung. Die Haut im Bereiche des Ausfalles atrophisch, leicht juckend. Histologische Untersuchung: Atrophie der Epidermis und der Derma. Schwund der Follikel, der Talgdrüsen, gradliniger Verlauf der unteren Epidermisgrenze. Homogenisierung des Bindegewebes. Der Fall unterscheidet sich von den gewöhnlichen Formen von Pseudoarea durch raschen Verlauf, die Ausbreitung über den ganzen Kopf und durch klinische und histologisch nachweisbare Follikulitis.

b) Fall von **Xeroderma pigmentosum.** Bei einem 6 Jahre nach einem Typhus aufgetretenen Fall von Xeroderma pigment. hat Verf. folgende Untersuchungen angestellt: 1. Bezüglich der Sensibilität der gesunden und kranken Haut gegen verschiedene Bestrahlungsarten. 2. Bezüglich Anwesenheit von photosensibilisierenden Substanzen. 3. Über die pigmentogene Funktion und den Einfluß der verschiedenen Bestrahlungsarten. 4. Bezüglich der Sensibilität der Haut gegenüber chemischen Reizen. 5. Über die Leberfunktion. 6. Über den Zustand des endokrin-sympathischen Systems. Resultate: Die gesunde Haut zeigte sich überempfindlich gegen die ultravioletten Bestrahlungen auch bei sehr niedrigen Dosen. Die Reaktion gegenüber den weichen, nicht filtrierten X-Strahlen war normal, was die Zeitperiode des Auftretens und die Intensität betrifft. Die hyperpigmentierte xerodermische Haut zeigte sich unterempfindlich gegenüber allen Bestrahlungsarten. Die harten X-Strahlen, die Wärmestrahlen, die Radium-, β- und γ-Strahlen bei verschiedenen Filtern haben normale oder subnormale Resultate ergeben. Geringe Empfindlichkeit auf chemische Reize. Die Untersuchung auf sensibilisierende Substanzen, besonders Porphyrie und Porphyrinogen, ergaben ein negatives Resultat. Die, besonders mit Dopa, geprüfte Funktionsfähigkeit ergab normale Verhältnisse auf der gesunden Haut und eine nicht besonders vergrößerte Funktionsfähigkeit auf der bestrahlten Haut. Die Funktionsfähigkeit der Leber und die Untersuchung des endokrino-sympathischen Systems normal.

Tommasi: **Gutartige diffuse Granulomatose durch subkutane Injektionen von Olivenöl.** Die 39jähr. Frau, welcher zwecks Ernährung binnen 20 Tagen etwa 500 ccm Olivenöl in die Subkutis der unteren Quadranten des Abdomens und in die

Digitized by Google

Haut der Innenseite des Oberschenkels eingespritzt worden waren, bekam nach 6 Monaten eine schwere Öldermatitis in den behandelten Gegenden und an entfernten Stellen (Metastasen). Die Läsionen fanden sich auch am Periost. Hohes Fieber. Im Verlaufe der Zeit mehrmals Wiederaufflackern des Prozesses sowohl allgemein als auch lokal, ein Zustand, der von Tommasi als „rezidivierendes eleopathisches Ödem" (edema elaiopatico di ritorno) bezeichnet wird, und der durch leichte Traumen und heiße Umschläge provoziert wird. Das Olivenöl ließ sich aus den Tumoren aspirieren.

Ciambellotti-Siena: **Über Hauthyperpexie** („Iperpessia cutanea"). 51jähr. Potator mit Leberschwellung ohne Ikterus. Seit 6 Monaten hartnäckige Urtikaria. Mäßige Hämoeosinophilie. Starke Intradermoreaktion auf Hühnereiweiß und Mais, welche mit dem Schwinden der Urtikaria ausbleiben. Gleichzeitige Verminderung der Glykämie, Urtikämie und Chlorurämie.

Maccari-Siena: Über die **ersten Resultate der Reaktion von Botelho zwecks Karzinomdiagnose** mit besonderer Berücksichtigung der Hautepitheliome. Verf. hat mit der Technik von Botelho und den Modifikationen (mit Ac. nitricum, von Cabanis und Foulquier und Wilbouchevitch) 7 Fälle von Hautepitheliomen, 11 Fälle von Epitheliomen der inneren Organe und 18 an verschiedenen Krankheiten Leidende untersucht. Resultat: Bei den Hautepitheliomen zeigte sich die Reaktion ziemlich empfindlich auch in den Anfangsstadien und bei Abwesenheit von Drüsen. Größer war die Zahl der positiven Resultate bei den klinisch diagnostizierbaren Neoplasmen der inneren Organe, sei es mit der Originaltechnik, sei es mit den oben angeführten Modifikationen.

Marcozzi-Pisa: Über den **Wirkungsmechanismus der Akridintherapie bei der Gonorrhoe.** Verf., welcher sich auf dem letzten Kongresse der Soc. Ital. di Derm. e Sifilogr. (Rom) ziemlich ungünstig über die Akridintherapie bei Gonorrhoe ausgesprochen hatte, hat seine Versuche mit dem neuen Beyerschen Präparat weiter fortgesetzt. Resultat: Das injizierte Akridin wird mit dem Urin in großen Mengen eliminiert. Die eliminierte Menge ist größer als die Konzentration wäre, wenn das Mittel in der Gesamtmenge des Blutes gelöst würde. Dieser Konzentration scheint nach Redner die eventuell konstatierten Heilwirkungen zuzusprechen zu sein. Die Heilwirkung wird aber vielleicht durch das Lösungsmittel oder durch später erfolgte Modifikationen vermindert.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Acta Dermato-Venereologica

1926, Bd. 7, H. 4

The Fox-Fordyce Syndrome (Das Fox-Fordyce-Syndrom), von H. Goodman-New York. S. 509. Die gesamte bisher vorliegende Literatur wird kritisch gesichtet. Ausführliche Schilderung eines Falles, bei dem Kohlenbogenlichtbestrahlung und Zerstörung der Papeln durch monopolare Hochfrequenz therapeutisch gute Dienste geleistet haben. Besonders eingehend werden die Schiefferdeckerschen Drüsentheorien und endokrine Korrelationsstörungen in ihren möglichen Beziehungen zum Fox-Fordyce-Syndrom erörtert. Verf. wünscht die Bezeichnung Fox-Fordycesche Krankheit auf die klassischen Fälle beschränkt zu sehen, während er die ohne Pruritus einhergehenden Formen als Fox-Fordycesche Eruption bezeichnen will.

Pityriasis lichenoides chronica (Parapsoriasis Brocq) avec atrophie cutanée (Pityriasis lichenoides chronica [Parapsoriasis Brocq] mit Hautatrophie), von M. de Mienicki, Derm. Univ.-Kl. Wilna. S. 531. Beschreibung eines der sehr seltenen und von manchen Verff. überhaupt bezweifelten Fälle, bei denen im Verlauf einer typischen Pityriasis lichenoides chronica klinisch und histologisch einwandfreie Hautatrophien auftreten.

M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 50, H. 2

Funktionelle Untersuchungen über Desensibilisation mit Röntgenstrahlen beim Ekzem, von G. Miescher, Derm. Univ.-Kl. Zürich. S. 89. Röntgenstrahlen vermögen die idiosynkrasische Überempfindlichkeit der Hautzelle auf die Dauer nicht zu beeinflussen. Auch nach serienweise fortgesetzter Bestrahlung tritt eine dauernde Desensibilisation nicht ein. Zur Zeit des Höhepunktes der Röntgenreaktion ist die ekzematöse Reaktionsfähigkeit der allergischen Haut bei der Hälfte der untersuchten Fälle herabgesetzt, doch handelt es sich vermutlich nicht um eine spezifische Umstimmung, sondern nur um eine Hemmungserscheinung.

Über die Beeinflußbarkeit der allergischen Luetin-Kutan-Reaktion durch das Menschenserum, von E. Lehner und E. Rajka, Abt. Hautkrkh. d. Graf Alb. Apponyi-Poliklinik Budapest. S. 113. Das aktive und inaktive Serum nichtluetischer, sowie WR-negativer und WR-positiver luetischer Individuen besitzt die Eigenschaft, die Luetinreaktion abzuschwächen. Der Nachweis gelingt nur bei kutan-allergischen Luetikern. Die Abschwächung geht mit der Positivität der WR nicht parallel. Für das Zustandekommen der Wirkung scheint die allergische Haut von Bedeutung zu sein.

Über den Lupus erythematodes, besonders seine akute Form, von H. Ollendorff. Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. S. 126. In 2 Fällen bestand neben chronischem Lupus erythematodes noch ein tuberkulöses Lungenleiden. Ein 3. Fall war frei von irgend einer tuberkulösen Erkrankung. Auch in 3 mitgeteilten Fällen von akutem Lupus erythematodes war kein Anzeichen für einen floriden tuberkulösen Prozeß zu finden. Ein Fall mit Asthma, ferner das Vorhandensein von Genitalstörungen bei Frauen weisen auf das endokrin-sympathische System als eventuellen ätiologischen Faktor hin.

Symmetrische Hauterscheinungen bei einem Beriberikranken, von H. Heinemann, Hspt. Tandjong Morawa, Sumatra. S. 135. Der Patient (Chinese) wies neben typischen Beriberisymptomen ein eigentümliches symmetrisches Exanthem an Hand- und Fußrücken auf. Ein bräunlicher, leicht schuppender, etwas erhabener Saum umschloß die blassen, glanzlosen, wenig gerunzelten Hautbezirke. Die Hauterscheinungen schwanden auf Anti-Beriberidiät ohne Lokalbehandlung innerhalb 6 Wochen vollständig. Nach Angabe des Patienten waren die Hautveränderungen die ersten Krankheitserscheinungen.

1927, Bd. 50, H. 3

Über symptomlose Syphilisinfektion, von R. Prigge und M. Rothermundt-Frankfurt a. M. S. 169. Symptomlos infizierte Kaninchen erwerben im Gegensatz zu Tieren, bei denen sich Schanker entwickelt haben, keine Schankerimmunität gegen Nachimpfung mit dem homologen Stamm. Sie reagieren vielfach auf eine Nachimpfung mit Bildung typischer Primäraffekte. Die Nachimpfung muß später als 90 Tage nach der Erstinfektion vorgenommen werden.

Zur Histologie und Pathogenese der echten (amykotischen) Dyshidrosis, von A. Alexander, Derm. Abt. städt. Krkhs. Charlottenburg. S. 185. Die histologische Untersuchung einer rein erythematösen, noch nicht schuppenden, leicht infiltrierten Effloreszenz ergab folgenden Befund: In dem verbreiterten und zum Teil des Pigmentgehaltes in der Basilarschicht beraubten Rete viele kleine und größere mit Fibrin und Leukozyten erfüllte Bläschen und Blasen, sowie alle Übergänge vom einfachen inter- und intrazellulären Ödem der Epithelien und Saftspalten zu scholligem Zerfall des Protoplasmas, Kernzerfall, Aufhebung der Zellgrenzen. Ein Zusammenhang zwischen Bläschen und Schweißdrüsenausführungsgängen besteht nicht. Verf. hält die Dysidrosis für eine dem Ekzem nahestehende, vielleicht sogar identische Affektion, die durch abnorme Witterungs- bzw. atmosphärische Verhältnisse ausgelöst wird und infolge der eigenartigen topographischen Verhältnisse der Volae und Plantae ein charakteristisches Aussehen annimmt.

Tuberculosis miliaris cutis bei einem Erwachsenen, von W. Melik, Derm. Univ.-Kl. Bern. S. 199. Kasuistische Mitteilung. Die Hauterkrankung begann mit einer einzigen Effloreszenz an der Fossa supraclavicularis dextra. 14 Tage später folgte eine Eruption mit multiplen Herden, später wurden in unregelmäßigen Abständen mehr oder weniger ausgesprochene Schübe bis zum Exitus beobachtet. Das Krankheitsbild zeichnete sich entgegen den Mitteilungen anderer Verff. durch seine ungewöhnlich große

Digitized by Google

Ausdehnung und Polymorphie aus. Tuberkelbazillen in den Ulzera +, Tuberkulinreaktionen —. Histologisch fand sich durchweg atypisches Granulationsgewebe.

Über gehäuftes Auftreten einer bullösen Hauterkrankung in Strandbädern, von E. Hartmann und J. Briel, Univ.-Hautkl. Frankfurt a. M. S. 205. Insgesamt sind etwa 40 Fälle beobachtet worden. Die Patienten gaben an, am Tage vorher ein Bad genommen und sich dann auf eine Wiese gelegt zu haben. An den Stellen, die mit dem Gras in direkte Berührung gekommen waren, zeigten sich unter starkem Jucken Blasen und Bläschen mit geröteter Randzone sowie verschieden große Erythemflecke. Die Affektion heilte bei indifferenter Puderbehandlung in etwa 8 Tagen unter Hinterlassung mäßiger Pigmentierung ab. Die Ursache der Erkrankung konnte nicht festgestellt werden. Wahrscheinlich handelte es sich in allen Fällen um eine Allergie gegen irgend welche Pflanzen. F. Harry-Wiesbaden.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venerologia

1926—1927, Bd. 2, H. 1

Die Prophylaxe der venerischen Erkrankungen in der ersten Periode des modernen Zeitalters (La profilassi delle malattie veneree nei primi tempi dell' evo moderno), von M. Truffi-Padua. Akademische Antrittsvorlesung.

Über einen Fall von akuter, rupioider, arthropathischer, rezidivierender Psoriasis mit deutlichen Symptomen thyreoider Dysfunktion (Sopra un caso di psoriasi acuta, rupioide, artropatica, recidivante con sintomi evidenti di disfunzione tiroidea), von P. A. Meineri-Turin. Vgl. Derm. W., 1926, Bd. 83, Nr. 46, S. 1683.

Beitrag zum Studium des tertiären syphilitischen Fiebers (Contributo allo studio della febbre sifilitica terziaria), von M. Fraulini-Reggio-Emilia. 38jähr. Arbeiter. Luetische Infektion 1918. 2 Hg-Kuren. 1920 WR negativ. Von 1920—1925 Pat. angeblich symptomlos. 1925 an leichter Influenza erkrankt, während der Rekonvaleszenz jeden Abend Temperatursteigerungen bis 38,5° mit Morgenremissionen von 36,5°, dabei allgemeine Abgeschlagenheit. Mai 1926 wurde Pat. wegen einer Blennorrhoe ins Spital aufgenommen, wo abendliche Steigerungen bis 38,8°, sonst keine wesentlichen Beschwerden festgestellt wurden. Die objektive Untersuchung ergab außer allgemeiner Drüsenschwellung nichts Pathologisches. WR, SGR positiv. Eine gemischte Bi- und Silbersalvarsankur brachte prompte Heilung.

Über einen Fall von parauretraler Infundibulitis blennorrhoischer Natur ohne Beteiligung der Harnröhre (Sopra un caso di infundibulite parauretrale di natura blennorragica senza compartecipazione dell' uretra), von Cuccia-Palermo. Frische Infektion eines langen paraurethralen, in die Fossa navicularis mündenden Ganges ohne jegliche Mitbeteiligung der Urethra. Röntgenaufnahme des sondierten Ganges.

Über das Auftreten einer positiven WR im Serum Nichtsyphilitischer, mit Milchinjektionen behandelter Individuen (Sulla comparsa di una WR positiva nel siero di individui non sifilitici trattati con iniezioni di latte), von L. Cacioppo-Palermo. Verf. hat bei mehr als 100 nichtluetischen an verschiedenen Krankheiten Leidenden, welche mit Milch und anderen Proteinpräparaten behandelt worden waren, vor und nach den Injektionen die WR (Methode Philippson) ferner die Hechtsche und die SG-Reaktion (3. Methode) ferner die MTR angestellt. Er konnte dabei nie, trotzdem bisweilen insgesamt 50—60 g Milch eingespritzt worden waren, das Auftreten einer positiven Reaktion feststellen, und nur in einem mit Aolan behandelten Falle zeigte sich Eigenhemmung.

Über Fälle von extragenitalen Primäraffekten (Sifilomi primari extragenitali), von Gravagna-Catania. Fall von extragenitalem Primäraffekt (Sitz auf der Mamilla) bei einer ihr Kind stillenden, bis dahin gesunden Mutter, welche, ohne es zu wissen, ein syphilitisches Kind gestillt hatte. Von der infizierten Brustwarze erkrankte dann ihr eigenes Brustkind und später noch ihr zweites 3jähr. Kind, dem sie leichtsinnigerweise erlaubt hatte, an ihrer Brust zu saugen.

Negative Wassermannsche Reaktion und Sekundärsyphilis mit klinischen Manifestationen (Reazione di Wassermann negativa e sifilide secondaria con manifestazioni cliniche), von G. Donato-Taranto. 26jähr. Mann. Pat. stellte sich Oktober 1922 mit einem Primäraffekt vor. Spir. pos., WR neg. Nach 4 Eparsenoinjektionen wurde vom Pat. die Weiterbehandlung verweigert. November WR negativ. Dezember Ausbruch eines papulösen Exanthems, WR 3mal ausgeführt, negativ. Behandlung mit

Digitized by Google

8 Neosalvarsaninjektionen, worauf das Exanthem schwand, aber nach 1 Monat rezidivierte. Fortsetzung der Behandlung; trotzdem 1 Monat später Plaques im Munde. Roseola. WR, Hecht-R negativ. Verf. erklärt dieses Verhalten der WR durch Anergie des Organismus, wofür auch der grazile Bau und die Anämie des Pat. sprechen.

Heft 2

Die antistreptobazilläre Vakzinetherapie beim weichen Schanker und dessen Komplikationen (La vaccinoterapia antistreptobaccillare nell' ulcera venerea e sue complicanze), von Donato-Tarent. 22 Fälle. Schlußfolgerungen: Prompte, jede andere Therapie übertreffende Wirkung; einfache Fälle heilen durch 2—4 Injektionen, komplizierte durch mehr. Bei kleinen Geschwüren diese Therapie wegen der heftigen Allgemeinreaktionen nicht angezeigt, ebenso nicht dort, wo endovenöse Injektionen kontraindiziert sind. Vollständiges Literaturverzeichnis.

Über eine durch die Milbe von Pediculoides ventriculosus hervorgerufene juckende, bei Verladern von Gerste und Leinsamen im Hafen von Triest in epidemischer Form beobachtete Dermatose (Sopra la dermatite pruriginosa prodotta dall' acaro „Pediculoides ventriculosus" manifestatasi in forma epidemica tra gli scaricatori di orzo e di semi di lino nel porto di Trieste), von I. Levi-Triest. 40 Fälle. Die Milben konnten in der Gerste nachgewiesen werden. Die histologische Untersuchung ergab außer dem Bilde einer exsudativen Entzündung nichts Charakteristisches. Auffallend ist das Auftreten der Milbe in der vorgerückten Jahreszeit (Dezember), was Verf. der damals warmen Witterung in Triest zuschreibt.

Fall von Schambergscher Krankheit (Un caso di dermatosi di Schamberg), von G. Ronga-Padua. Erster in Italien beschriebener Fall, einen 21jähr. Kavalleriesoldaten betreffend. Familiäre und Personalanamnese ohne Belang. Seit 1 Jahr Auftreten von roten, punktförmigen Effloreszensen auf der rechten vorderen Tibialgegend, welche rasch an Zahl zunahmen und von identischen auf der linken Tibialgegend gefolgt waren. Die Flecke hatten gleichmäßig braune Farbe, schuppten mäßig, gegen die Peripherie zu wurde die Zahl der Elemente immer geringer. Sie hatten die bekannte Pfefferkornform, waren wenig erhaben, hatten follikulären Sitz und zeigten silberglänzende adhärente Schuppenbildung. Auf den Unterschenkeln derselbe Befund, doch weniger ausgebildet. Die histologische Untersuchung ergab kompakte aus Lymphozyten, wenig Plasma- und einzelnen epitheloiden Zellen bestehende perivasale Infiltrate. An der Peripherie derselben zahlreiche, die Eisenreaktion nicht gebende Chromatophoren. Verf. kann die von deutschen Verff. behauptete Identität mit der Purpura annularis Majocchi nicht finden.

Die Akridinotherapie der gonorrhoischen Infektion (Acridinotherapia della infezione gonococcica), von A. Marcozzi-Pisa. Verf. berichtet über 27 mit endovenösen Injektionen von Trypaflavin behandelte, teils einfache, teils komplizierte Tripperfälle. Es wurden im allgemeinen 20—30 Injektionen einer $^1/_2$—1—2%igen Lösung à 10 ccm oder à 5 ccm jeden zweiten, ausnahmsweise jeden Tag, vorgenommen. Resultate: Die objektiven Symptome schwanden gewöhnlich nach der ersten, die Abnahme der Sekretion nach 13—15 Injektionen. Bei Epididymitis wurde mit Vakzine kombiniert. Keine Einwirkung auf die Gonokokken auch bei Lösung des Präparates in 50%iger Zuckerlösung. Es konnten folgende Zufälle beobachtet werden: Bei paravenösen Injektionen Infiltrate, selbst Phlebitis, „Hitzwelle", Tachykardie, Sonnenerythem (auch bei vorheriger innerlicher Gabe von 0,25 Resorzin nach Jausion und Vaucel). Schlußsätze: Die endovenöse Trypaflavinbehandlung allein, auch mit 50%iger Zuckerlösung kombiniert, heilt den Tripper nicht aus, dagegen begünstigt sie die daneben vorgenommene lokale Therapie.

Die Intradermotherapie der Adenitiden und weichen Schanker mit dem Nicolleschen Vakzin (La intradermoterapia delle adeniti ed ulcere veneree mediante il vaccino di Nicolle), von Maggiulli-Genua. Verf. behandelte, um die bei endovenösen Injektionen des Nicolleschen Vakzins unvermeidlichen üblen Zufälle zu vermeiden, zahlreiche Schankerkranke mit intradermalen Injektionen von „Dmelcos". Erfolge ermutigend.

Stomatitis nach Neosalvarsan (Stomatite da Neosalvarsan), von Avite-Alessandria. 34jähr. latent luetischer graziler, 42 kg wiegender Pat. wird mit 10 von 0,1 bis 0,45 steigenden, alle 5 Tage vorgenommenen Neosalvarsaninjektionen behandelt. Einige Tage nach der letzten Injektion typische As-Vergiftung mit schwerer ulzeröser Stomatitis. Heilung nach 4 Wochen.

Digitized by Google

Die Behandlung des Lupus erythematosus mit methodischer Abwechslung von Pflastern und Salben (La cura del lupus erythematosus con la metodica sostituzione dei pflasters e dei salben), von Majocchi-Bologna. Verf. hat bei Lupus erythematodes schon seit vielen Jahren die methodische Anwendung von hauptsächlich Beiersdorfschen Resorzin-, Salizyl- und Hg-Pflastern und Salben mit vorzüglichem Erfolge geübt. Von Salben kam Lithargyrum- und Zinkpaste in Betracht. Der Wirkungsmechanismus liegt dabei in der reaktivierenden und keratolytischen Eigenschaft der Pflaster und der keratoplastischen, mildernden der Salben. Wichtig ist dabei die richtige Auswahl der Fälle. Am wenigsten geeignet sind die kongestiven Formen, ebenso der Lupus erythematosns volaticus. Sehr geeignet ist der Lupus erythematosus perstans, dann der Lupus erythematosus seborrhoicus (cretaceus-Devergie), der Lupus erythematosus pernio, der Lupus erythematosus exfoliativus und der Lupus erythematosus psoriasiformis. Von Bedeutung ist ferner der Sitz: an manchen faltigen Stellen ist die Methode technisch undurchführbar. Schließlich wird die Technik und Dauer der Applikation eingehend mitgeteilt. Erfolge: Meist narbenlose Heilung. Unter den Pflastern ist das Resorzinpflaster vorzuziehen.

Die biologischen Proben bei der gonorrhoischen Infektion (Le prove biologiche nella infezione gonococcica a) deviazione del complemento, b) agglutinine, c) cutireazione, d) intradermoreazione), von G. Lanteri-Catania. Schlußfolgerungen: 1. Die Kuti-, die Intradermo- und die Agglutinationsreaktion sind, da unspezifisch, unbrauchbar. 2. Die Komplementablenkungsreaktion ist dagegen für die Praxis besonders bei chronischen Fällen, da spezifisch, geeignet; sie ist aber nicht konstant, da sie in $21^1/_2\%$ der Fälle fehlte. Ihr Wert ist dadurch ersichtlich, daß sie auch dort positiv war, wo Provokation und Mikroskop ein negatives Resultat gegeben hatte.

Einige Betrachtungen über die Ätiopathogenese und Behandlung der Balanopostitiden (Alcune considerazioni intorno all' etiopatogenesi e cura delle balanopostiti), von G. Cirillo-Neapel. Verf. berichtet über 15 Fälle von Balanitis erosiva und 5 von Balanitis gangraenosa, bei denen restlos die Infektion per os und das Vorkommen des Bac. fusiformis in Gesellschaft von Spirillum nigrum oder auch von Spirochaeta buccalis festgestellt worden war. In therapeutischer Hinsicht wird Salvarsanpulver lokal empfohlen.

Über einige künstliche und selten beobachtete Hautveränderungen (Su alcune alterazioni cutanee artificiale e altre di rara osservazione), von E. Freund-Triest. Verf. erinnert zunächst daran, daß er als erster bereits 1914 mehrere Fälle von künstlichen Hautverfärbungen durch das Zusammenwirken von Kölnischwasser, Meerbädern und Sonnenstrahlen beobachtet und die bis dahin unbekannte Pigmentation ätiologisch und experimentell geklärt hat, wie aus seiner diesbezüglichen Publikation im 63. Bd. der „Derm. W.", 1916 hervorgeht. Diese Arbeit blieb durch 10 Jahre unbeachtet, bis E. Hoffmann, der, sie auch nicht kennend, unabhängig vom Verf. 1925 dieselben Beobachtungen machte und analog erklärte, Verf.s Arbeit in Erinnerung brachte. Seitdem hat Verf. noch viele andere identische Beobachtungen gemacht, von denen er einige ausführlich beschreibt. Als zweite seltene Beobachtung beschreibt Verf. künstliche Hautverätzungen durch mit Waschpulver gereinigte Wäsche. Als dritte folgenden Fall: Bei einem Arbeiter wurden im Anschluß an Stoß gegen den Oberschenkel zwei eliptisch geformte oberflächliche, auf intakter Haut sitzende Läsionen beobachtet, die sich durch grelle, orangegelbe Farbe und blasige Abhebung auszeichneten. WR negativ, im Harn kein Eiweiß, kein Zucker. Die Cholesterinprobe im Blute konnte nicht ausgeführt werden. Verf. läßt die Frage offen, ob es sich um eine Verätzung durch irgend eine Flüssigkeit oder um ein Xantom, wie es ähnlich Jadassohn beschrieben hat, handelt. Ferner beschreibt er zahlreiche über den ganzen Körper zerstreute Hautverätzungen bei einem wegen Läusen mit Sabadillasalbe behandelten Kinde. Endlich wird ein durch 1 Jahr lang bestandenes, jeder Therapie trotzendes linsengroßes tiefes Geschwür auf dem Nasenrücken beschrieben, das große Ähnlichkeit mit einem Ca. hatte. Verf. konnte in dem durch Auslöffelung des Geschwürs gewonnenen Materiale zahlreiche lebende Exemplare von Acarus folliculorum feststellen. Eine einmalige Tuschierung mit Lapisstift brachte definitive Heilung. Es wird auf das seltene Vorkommen von Ac. foll. in isolierten Geschwüren hingewiesen.

Akroerythrodermie nach Bismutinjektionen. Beitrag zum Studium der Bismuttoxikodermien (Acroeritrodermia consecutiva ad injezioni di bismuto. Contributo allo studio delle tossidermie bismutiche), von L. Marchisio-Genua. Lues latens. Bisher viele Hg-Kuren anstandslos vertragen. 8 Tage nach einer das erstemal vorge-

Digitized by Google

nommenen Neoluatolinjektion (N. enthält 0,2 g metall Bi). Unter Fieber und Ameisenlaufengefühl auftretendes Exanthem auf beiden Extremitäten, das nach 10 Tagen schwand. Eine zweite identische Injektion, der aber zwecks Desensibilisierung mehrere Autohämoinjektionen vorausgeschickt worden waren, hatte denselben Effekt. Kutireaktionen mit mehreren Bi-Präparaten ergaben ein positives Ergebnis. Verf. faßt das Phänomen als Idiosynkrasie gegen Bi auf.

Klinisch-histologischer Beitrag zum Studium der Präputialgangrän (Contributo clinico istologico allo studio della gangrena del prepuzio), von R. Ghigi-Bologna. Fall von Präputialgangrän bei einem Pat. mit latenter wassermannnegativer Lues und vernachlässigter Blennorrhoe. Besonders bemerkenswert ist das Ergebnis der histologischen Untersuchung der entfernten brandigen Präputialhaut, außer hochgradiger Akanthose und Verdichtung des Bindegewebes diffuse kleinzellige Infiltrate im oberen und perivasale im mittleren und tiefen Derma. Den Hauptbefund aber bilden das zahlreiche Vorkommen von obliterierten Gefäßen. Verf. nimmt als Ursache der Gangrän außer dem unhygienischen Verhalten des Pat. vor allem die vorausgegangenen luetischen Gefäßalterationen an.

Beobachtungen bei der Autovakzinbehandlung der Keloidakne (Osservazioni sulla cura autovaccinica dell' acne cheloide), von G. Lanteri. Verf. behandelte 3 Fälle von Keloidakne mit Staphylokokken-Autovakzin auf intrakutanem Wege. Beschreibung der Technik. Erfolge: Verschwinden der Pusteln, dagegen geringe Beeinflussung des Keloidgewebes. Empfehlung der Röntgenbehandlung. E. Freund-Triest.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

Die Wandlung der Syphilis, von K. Wilmanns-Heidelberg. (Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 22, H. 1/2, S. 1.) Nach einer längeren geschichtlichen Betrachtung über den Wandel der Krankheitserscheinungen der Syphilis im Laufe der Jahrhunderte wird die Frage gestellt, worauf dieser Wechsel beruhen könnte. Entweder ist es die Behandlung der einzelnen Kranken, die auf das Allgemeinbild bestimmend wirkte, oder es ist die Konstitution, die sich durch irgend welche Einflüsse veränderte, oder es sind die Erreger, die eine Umwandlung erfahren, oder es sind mehrere dieser Momente zusammen. Am naheliegendsten ist die Annahme, daß die Erscheinungsformen der Seuche durch die Behandlung bestimmt wurden. In dem wesentlichen Umschwung der ärztlichen Ansichten über die zweckmäßigste Behandlung vor rund 50 Jahren, wo Fournier und Neisser die möglichst frühzeitige chronisch-intermittierende Behandlung einführten, wird ein Grund für die Wandlung der Syphilis in den letzten Jahrzehnten erblickt. Dennoch vermag die Behandlung der einzelnen Personen die heutige erscheinungsarme Syphilis nicht völlig zu erklären. Obwohl zahlreiche Fälle schlecht oder nicht behandelt bleiben, kommen doch die sinnfälligen tertiären Formen heute viel seltener vor als früher. Das Auftreten der Metalues und das ebenso starke Anwachsen der Gefäßsyphilis (Aortenerkrankungen usw.) weisen auf Veränderungen in der Erscheinungsweise der Syphilis hin, für die auch konstitutionelle neben einigen konditionellen Momenten in Betracht zu ziehen sind. In dem Maße, wie offenbar unter konsequenter antisyphilitischer Therapie die Exantheme, sekundären und tertiären Syphilide sehr viel seltener geworden sind, haben Paralyse und Tabes enorm zugenommen, Erkrankungen, deren jetzt so weit verbreitetes Auftreten noch vor 100 Jahren eine große Seltenheit war. Man kann Veränderungen auf Grund mit der Zeit erworbener relativer Immunität gegen die Syphilis annehmen, wofür auch der verschiedene Verlauf der Syphilis bei frisch infizierten und bei längst durchseuchten Völkern zu sprechen scheint, ebenso wie angebliche primäre Verschiedenheiten der Syphilis verschiedener Rassen. Auch eine Wandlung der Eigenschaften des Erregers, eine „Paravariation" der Spirochäte, muß ernstlich in Betracht gezogen werden, wofür die Häufigkeit konjugaler Metalues und die Fälle von Metalues sprechen, wo die Infektion aus derselben Quelle stammt. In allem wird ein Hinweis darauf gesehen, daß sich im wesentlichen durch die Behandlung die Erscheinungsweise der Syphilis mehr und mehr änderte und heute noch ändert, zumal, wo immer wieder die Erfahrung gemacht wird, daß sich in den Städten, wo die Syphilis

Digitized by Google

stets intensiver behandelt wird, Paralyse und Tabes sehr viel häufiger finden als auf dem Lande. Diese Ansichten werden an Vergleichen deutscher und ausländischer Beobachtungen erhärtet. Selbst der Zeitpunkt bis zum Ausbruch der Tabes und Paralyse hängt neben dem Alter zur Zeit der Infektion auch von der Stärke der voraufgegangenen antisyphilitischen Behandlung ab, indem sich die Inkubation der Metalues ebenso wie durch eine im höheren Alter erworbene Infektion auch durch intensive Behandlung verkürzt. So ergibt sich für Wilmanns der Schluß, daß die antisyphilitische Behandlung die Metalues provoziert hat. Er meint, daß die antisyphilitische Behandlung auch jene Variation der Spirochäte bedinge, die sie befähige, jetzt so häufig Metalues und Gefäßlues zu verursachen, wobei konstitutionelle Momente selbstverständlich noch eine ausschlaggebende Rolle nebenbei spielen. Auch die Erscheinungsformen der Paralyse und Tabes seien in einem Wandel begriffen. Trotz der Wahrscheinlichkeit, daß sich die metaluischen Erscheinungen unter der antisyphilitischen Behandlung langsam entwickelt haben, sei durch die antisyphilitische Therapie die Erzeugung einer erscheinungsarmen und damit weniger ansteckungsfähigen Syphilis erreicht und sei in absehbarer Zeit die Ausrottung dieser Volkskrankheit über den Umweg einer Häufung von Metalues und Aortitis zu erwarten. Eine Revision bedürfe nur die Frage: Ist man berechtigt, einen nicht mehr ansteckungsfähigen Syphilitiker lediglich deswegen einer energischen Behandlung zu unterwerfen, weil er einen positiven Wassermann hat?

W. Kirschbaum-Hamburg.

Zur Luesparalysefrage, von Th. Pakheiser-Heidelberg. (M. m. W., 1927, Nr. 10, S. 406.) Von den Darlegungen Wilmanns zum gleichen Thema ausgehend, werden verschiedene seiner Ausführungen bezweifelt. Es wird nicht für erwiesen gehalten, daß die Salvarsantherapie für das Ansteigen der metaluischen Erkrankungen verantwortlich gemacht werden könnte. Dazu reiche das statistische Material längst nicht aus. Über die Eigentümlichkeit verschiedener Völker und Rassen, metaluesfrei zu bleiben trotz starker Syphilisdurchseuchung, werden ebenfalls Zweifel geäußert auf Grund widersprechender Mitteilungen der neueren Literatur. Zweifel entstehen bei dem Verf. auch bei der bloßen Frage der Vermehrung der Metalues in den letzten Jahrzehnten infolge einiger widersprechender Ansichten verschiedener Autoren. Es sei sehr fraglich, ob Liquorbefunde im Sekundärstadium der Syphilis irgend welche prognostischen Schlüsse auf spätere metaluische Erkrankung des Zentralnervensystems zulassen. Die Theorie von der gefährlichen Wirkung einer energischen antiluischen Behandlung als ursächliches Entstehungsmoment der Metalues wird für wenig sicher begründet gehalten, da man noch gar nicht sagen könne, ob es ausreichend behandelte Fälle waren, die an Paralyse und Tabes erkrankten. Gegenteilige Ansichten halten auch heute eine ausgiebige Quecksilber- und Salvarsanbehandlung für den besten Schutz gegen Metalues. Vor Schematismus in der Luestherapie wird gewarnt. Gegen die Überschätzung eines positiven Blut-Wassermanns bei Fehlen aller anderen Erscheinungen in der Spätlatenz werden gewichtige Bedenken erhoben. Schließlich werden Vorschläge gemacht, um eine kräftige Antikörperbildung hervorzurufen, deren Versagen zur Metalues führe. Verf. rät, therapeutische Spirochätenimpfungen schon bei sekundärer Syphilis nach der Methode von Hilgermann anzuwenden. Diese Impfungen sollen einer kombinierten Kur vorausgeschickt werden.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Zur Frage der exotischen Syphilis, von E. Nägelsbach-Adis Abeba, Abessinien. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1927, Bd. 31, H. 4, S. 179.) Auf Grund seiner Erfahrungen in Abessinien hält es Verf. für nicht bewiesen, daß die exotische Syphilis unter dem Einfluß der Salvarsanbehandlung ihren Charakter ändere; vielmehr glaubt er, daß die hierfür angeführten Beobachtungen sich durch Einschleppung europäischer Spirochätenstämme hinreichend erklären lassen.

A. Blüth-Hamburg.

La syphilis en 1927 (Die Syphilis 1927), von G. Milian und L. Brodier. (Paris méd., 1927, Nr. 10, S. 213—222.) Sammelreferat.

E. Levin-Berlin.

b. Pathologie und Klinik

Der klinisch-anatomisch-serologische Symptomenkomplex der Syphilis als Ausdruck der Abwehrreaktion des Organismus, von S. Bergel-Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 14, S. 637.) Die ausgedehnten experimentellen Untersuchungen des Verf. werden hier nochmals zusammengefaßt. Es wird dargelegt, daß die verschiedenen primären und sekundären Erscheinungsformen klinischer und serologischer Art nichts anderes sind als Abwehrsymptome des Organismus, und daß ebenso auch bei Rezidiven die auftretenden Exantheme, die serologischen und auch die Liquorerscheinungen nur

Digitized by Google

erneute Abwehrvorgänge dokumentieren. Demgegenüber sind die Tertiärerscheinungen wirkliche Krankheits- und nicht Abwehrerscheinungen, da hier anscheinend der Körper gegenüber dem veränderten Erreger nicht imstande ist, in gleicher Weise wirksame Abwehrstoffe zu bilden wie gegen die lipoiden Hüllensubstanzen. Bezüglich der Therapie muß unser Bestreben darauf gerichtet sein, die Infektionsquelle so früh und so kräftig zu treffen, daß alle Erreger vernichtet sind; in den weiteren Stadien muß aber die gründlichste spezifische Behandlung mit einer solchen kombiniert sein, die darauf zielt, die schlummernden Abwehrkräfte zu wecken und zu erhöhen. Verf. gelang es, durch unspezifische intraperitoneale Lipoid- und spezifische Spirochätenvorbehandlung von Kaninchen die Antistoffbildung so zu erhöhen, daß er aus diesen Tieren derartig konzentrierte Immunsubstanzen erhalten konnte, die nicht nur in vitro, sondern auch in vivo syphilitische Tiere heilten und lebende Spirochäten zum Zerfall brachten. Bei Impfung vollvirulenter, aber mit solchen Extrakten vermischter Spirochäten wurde eine Infektion verhütet. E. Langer-Berlin.

La fièvre syphilitique trop souvent méconnue (Das allzu oft verkannte syphilitische Fieber), von V. Audibert und Ch. Toinon. (Gaz. des Hôp., 1927, Nr. 26, S. 429 bis 432). Abgesehen von dem mit den Erscheinungen der Primär- und Sekundärperiode der Syphilis einhergehenden Fieber kommen bei ihr längere Zeit, sogar bis zu Jahren andauernde Fieberzustände vor, ohne daß ein typisches organisches Syphilissymptom in den Vordergrund tritt. Besonders findet sich dies bei älterer erworbener und bei kongenitaler Syphilis. Ein häufiges Symptom ist dabei schmerzhafter Druck in der Lebergegend und Vergrößerung der Leber; Ikterus kann dabei fehlen. Das Fieber kann kontinuierlich, remittierend oder ganz unregelmäßig sein. Der syphilitische Charakter der Erkrankung wird oft verkannt, besonders kommen Verwechslungen mit Tuberkulose vor. Man soll bei derartigen Zuständen stets an Syphilis denken und die Diagnose durch die WR bestätigen. E. Levin-Berlin.

La syphilis acquise de l'enfant (Die erworbene Syphilis im Kindesalter), von P. Fernet. (Paris méd., 1927, Nr. 10, S. 233—236.) Die Erscheinungsformen der erworbenen Syphilis im Kindesalter zeigen keine wesentlichen Unterschiede von der des Erwachsenen. Extragenitale Sklerosen sind am häufigsten; der Primäraffekt ist oft von geringer Ausdehnung und schnell vorübergehend, so daß er leicht übersehen werden kann. Die Prognose ist zunächst eine sehr ernste, muß aber auch für die spätere Zukunft vorsichtig gestellt werden, weil schwere Entwicklungsstörungen wie bei kongenitaler Syphilis die Folge sein können. Beginn innerhalb der ersten 3 Lebensmonate spricht ziemlich sicher für kongenitale Syphilis; je mehr es sich dem Ende des ersten Jahres nähert, desto wahrscheinlicher wird erworbene. Für diese spricht auch eine einfache Roseola, während Koryza, Pemphigus der Volae und Plantae, Pseudoparalysen, Mißbildungen, besonders des Knochensystems mehr für kongenitale charakteristisch sind. Die Salvarsanbehandlung kann beim Säugling auch subkutan angewendet werden; steigende Dosis, wiederholte Kuren. Entwickeln sich dystrophische Störungen, so sollen Organpräparate hinzugefügt werden. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kasuistik extragenitaler Primäraffekte, von M. Krüger-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 18, S. 681—682.) Im Gegensatz zu der Abnahme der Neuinfektionen an Syphilis scheint die Zahl der extragenitalen Primäraffekte sich nicht vermindert zu haben. Es werden mehrere Fälle beschrieben, in denen vorher längere Zeit die richtige Diagnose nicht gestellt war. Bei der Abortivbehandlung seronegativer Primäraffekte wird nach der 3. oder 4. Salvarsaneinspritzung der Wassermann wiederholt und dann oft positiv befunden; es ist dann kombinierte Kur und Wiederholung der Kuren erforderlich. E. Levin-Berlin.

Roséoles de retour et roséoles retardées (Rezidivierende und Spätlues), von J. Delalande. (Paris méd., 1927, Nr. 10, S. 236—239.) Außer der gewöhnlichen Roseola des Sekundärstadiums kommen noch vor: 1. rezidivierende Roseola, gewöhnlich im Verlaufe des ersten Jahres bei bereits, jedoch meist ungenügend behandelten Personen mit Neigung zu wiederholtem Auftreten. 2. Verspätet auftretende Roseola wird besonders seit der Salvarsanperiode beobachtet, wenn nach Heilung des Schankers durch Frühbehandlung der Kranke sich weiterer Behandlung entzieht. Es ist für eine gewisse Zeit eine Immunisierung eingetreten, nach deren Schwinden die Sekundärperiode eintritt. Diese Erscheinungen fordern zu energischer, prolongierter Behandlung der Syphilis auf. E. Levin-Berlin.

La syphilide pigmentaire du cou (Das Pigmentsyphilid des Halses), von Wahl. (Paris Méd., 1927, Nr. 10, S. 240—242.) Gewöhnlich im ersten Jahre der Erkrankung,

Digitized by Google

oft schon in den ersten Monaten, jedoch niemals vor der Roseola, besonders häufig bei Frauen, doch auch bei Männern auftretende Erscheinungen. Sie entstehen an Stellen voraufgegangener Roseolen oder Papeln, meist als hyperpigmentiertes Netzwerk mit eingeschlossenen runden, depigmentierten Flecken oder mehr diffuse Pigmentierungen mit einzelnen hellen Stellen. Im ganzen handelt es sich um eine Leukomelanodermie, wie sie auch sonst bei Syphilis vorkommt. Differentialdiagnostisch kommt nur Lepra und Parapsoriasis en gouttes in Frage. Energische Frühbehandlung kann das Auftreten verhindern; die einmal entwickelten Erscheinungen bleiben lange bestehen und schwinden mit der Zeit von selbst, während sie durch Behandlung nicht beeinflußt werden, da es sich nicht um einen aktiven Prozeß, sondern um Residuen eines solchen handelt.
E. Levin-Berlin.

La syphilis zoniforme. Son diagnostic. Sa pathogénie (Zosteriforme Syphilis; ihre Diagnose und Pathogenese), von E. Jeanselme. (Progr. méd., 1927, Nr. 14, S. 502 bis 506.) Aus Anlaß einer bei einer 79jähr. Frau vor einem Monat plötzlich unter leichtem Brennen und ohne Allgemeinerscheinungen im Bereiche des 11. und 12. rechten Dorsalnerven aufgetretenen Eruption von Knötchen und mit Krusten bedeckten Ulzerationen wird die Differentialdiagnose dieser einen Zoster vortäuschenden Syphiliseruption von dem wirklichen Zoster erörtert. Es finden sich kleinere, aus ähnlichen Effloreszenzen bestehende Herde noch an anderen Stellen des Körpers. Das Zustandekommen des zosteriformen Syphilids ist so zu erklären, daß das Virus in einem Spinalganglion fixiert wird und dadurch die von ihm innervierten Hautbezirke für die Spirochäten empfänglicher werden. In Analogie hierzu kann man annehmen, daß es sich auch bei dem Zoster nicht um eine einfache trophische Störung handelt, sondern daß die Bläschen das Virus enthalten.
E. Levin-Berlin.

Quelques mots à propos de l'article de MM. E. Jeanselme et O. Eliascheff Contribution à l'étude de la structure des nodosités juxta-articulaires (Einige Bemerkungen zu dem Artikel von E. Jeanselme und O. Eliascheff: Beitrag zum Studium der Struktur der juxta-artikulären Knötchen), von L. Steiner-Vevey. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 17, S. 395—396.) Verf. beklagt sich darüber, daß Jeanselme in seiner Arbeit (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 2, ref. Derm. W., 1927, Bd. 84, S. 524) die auf Grund eines großen Materials von ihm als erstem vorgenommenen zahlreichen Untersuchungen nicht erwähnt hat, obwohl sie ihm gut bekannt waren. Die Bezeichnung der Knötchen als juxta-artikuläre ist übrigens unrichtig, da sie, wie eine beigegebene Abbildung zeigt, nicht nur in der Umgebung der Gelenke, sondern auch weit davon an den verschiedensten Stellen zu finden sind. Was ihre Ätiologie anbetrifft, so sind in ihnen regelmäßig Spirochäten gefunden worden, von denen man nicht bestimmt sagen kann, ob es sich um solche der Framboesie oder der Syphilis handelt. Wahrscheinlich können die Knötchen ein Produkt beider Krankheiten sein; da sie jedoch besonders häufig in Framboesieländern, dagegen außerordentlich selten in Europa sind, spielt die erstere Krankheit bei ihnen praktisch allein eine Rolle.
E. Levin-Berlin.

Réponse à la Note de M. Steiner (Antwort auf die Bemerkungen von Steiner), von E. Jeanselme. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 17, S. 396—397.) Gegenüber Steiner hält Jeanselme seine Priorität aufrecht und auch die von ihm eingeführte Benennung für bezeichnender, solange nicht eine auf die Ätiologie sich stützende dafür eingeführt werden kann.
E. Levin-Berlin.

L'ictère syphilitique primaire (Primärer syphilitischer Ikterus), von P. Nicaud. (Presse méd., 1927, Nr. 16, S. 244.) Die Gelbsucht tritt gleichzeitig mit dem Schanker vor der Roseola auf. Außer fünf von Milian beschriebenen Fällen wird über zwei eigene Beobachtungen berichtet: In keinem Fall kam es zu Pulsverlangsamung, Pruritus, Magen-Darmstörungen oder Temperatursteigerungen. Die Gelbsucht dauert 2—3 Wochen, kann aber durch spezifische Behandlung in wenigen Tagen zum Schwinden gebracht werden. Der primäre syphilitische Ikterus ist auch ein Beweis für die Ausbreitung der Spirochäten im Blute schon vor Auftreten der Roseola.
F. Rosenthal-Berlin.

Endocardite mitrale et syphilis (Mitralinsuffizienz und Syphilis), von H. Grenet, R. Levent und L. Pellissier. (Gaz. Hôp., 1927, Nr. 34, S. 557—559.) Im allgemeinen wird die Mitralinsuffizienz auf rheumatische Grundlage bezogen, doch kommen Fälle vor, in denen eine solche nicht nachweisbar, in denen vielmehr Syphilis voraufgegangen ist. Vier Fälle werden als Beispiele hierfür beschrieben. Bekannter ist das Vorkommen der Mitralinsuffizienz als dystrophische Störung bei kongenitaler Syphilis, zeigt sich jedoch hierbei noch häufiger als bei Säuglingen und kleinen Kindern im Alter von 10—12 Jahren,

Digitized by Google

was durch langsame, progressive Entwicklung einer syphilitischen Endokarditis zu erklären wäre. E. Levin-Berlin.

Über Gangrän der unteren Extremitäten bei Syphilis, von G. Arutjunow und A. Jordan, II. Univ.-Hautkl. Moskau. (W. m. W., 1927, Nr. 18, S. 571.) An Hand von drei Fällen besprechen die Verff. die Genese der Gangrän bei Lues. Diese sitzt fast stets an den Extremitäten und hat oft, wie auch hier, in der Anamnese einen Unfall oder eine Verletzung. Außer dieser erworbenen Schwäche des Organismus gehört wohl zum Zustandekommen der Gangrän neben der Lues noch eine Infektion mit jaucheerregenden Kokken. Auf die Lues weisen manchmal bereits andere Symptome luetischer Natur, manchmal der Ausfall der serologischen Reaktionen, manchmal fehlen alle sonstigen Stigmata, und nur der schnelle Zerfall und die Randinfiltration lassen an Lues denken. Gründliche, lang genug durchgeführte und energische spezifische Kur können den Pat. retten. E. Langer-Berlin.

Les formes bronchiques de la syphilis tertiaire (Die bronchialen Formen der tertiären Syphilis), von E. Sergent und R. Benda. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 9, S. 262—276.) Im Gegensatz zu der tertiären Syphilis der Trachea, der großen Bronchien und der Lunge ist die der weiteren Bronchialverzweigungen nicht beschrieben worden. Es handelt sich um Fälle von sklerosierender Bronchitis mit sicher vorliegender Syphilis, in denen zum Teil eine Tuberkulose mit Sicherheit auszuschließen ist, während in anderen die Möglichkeit dieser doch besteht. In Anbetracht der häufigen Lokalisation der Syphilis an den Atmungswegen müßte auch das Freibleiben der Bronchialverzweigungen auffallend erscheinen; auch ist in der Anamnese der fibrösen Lungentuberkulose Syphilis häufig. Man muß also versuchen, bei sklerosierender Bronchitis und Peribronchitis durch Anamnese, sonstige Syphiliserscheinungen oder Stigmata, serologische Untersuchung eine etwaige Syphilis aufzudecken, die, selbst wenn außerdem Tuberkulose mit im Spiele ist, die Hauptrolle bei der Erkrankung spielt. Ein besonderer für Syphilis sprechender Charakter besteht nicht. Die röntgenologische Untersuchung ist in der Lage, diese Fälle von den syphilitischen Bronchiektasien zu trennen.
E. Levin-Berlin.

Syphilis viscérales eveillées par une infection aiguë: processus aiguë mixte, puis processus chronique mixte ou syphilitique (Durch eine akute Infektion provozierte Syphilis der inneren Organe: akuter gemischter, dann chronischer gemischter oder rein syphilitischer Prozeß), von E. Gougerot. (Paris méd., 1927, Nr. 10, S. 222 bis 230.) Nicht nur Hauterscheinungen, sondern auch solche der inneren Organe können bei bisher überhaupt nicht bemerkter oder in Vergessenheit geratener Syphilis durch akute Infektionen (Gelenkrheumatismus, Typhus, Pneumonie, Grippe, Angina, Scharlach usw.) in die Erscheinung treten. Es können sich dadurch Prozesse entwickeln, die gemeinsam von der akuten Infektion und der Syphilis hervorgerufen werden und bei denen, wenn der auf ersterer beruhende Anteil durch entsprechende Behandlung beseitigt ist, Residuen bleiben, die erst der spezifischen Behandlung weichen. Dieses Wiederaufleben, das besonders auch bei kongenitaler Syphilis beobachtet wird, kann an jedem Organ zustande kommen. Bisweilen kann es sich auf die Reaktivierung der WR beschränken, die, wenn sie bis in die Zeit der Rekonvaleszenz bestehen bleibt, nicht als eine irrtümliche betrachtet werden darf, sondern tatsächliche Syphilis anzeigt. Ferner gehören hierher die durch weichen Schanker an dessen Sitz provozierten Syphilide, woraus sich dann die verschiedenen Mischformen der beiden Krankheiten ergeben; auch im Verlaufe des Trippers können dessen Komplikationen (Arthritiden, Orchitis und Epididymitis) Mischformen zwischen ihm und Syphilis darstellen. Diese Erscheinungen sind dem Auftreten von Syphiliden im Anschluß an Traumen und Operationen analog.
E. Levin-Berlin.

Syphilis und endokrines System, von A. Buschke und W. Jost, Derm. Abt. Virch.-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 18, S. 833.) Der Aufsatz stellt ein kurzes Übersichtsreferat einer ausführlichen im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. erscheinenden Zusammenfassung dar. Es wird die Einwirkung der akquirierten und kongenitalen Lues auf die endokrinen Organe einzeln für jedes dieser Organe besprochen. Und zwar werden sowohl die Einwirkungen auf das betreffende Organ wie die daraus resultierenden Folgeerscheinungen geschildert. Es sei auf die ausführliche Arbeit verwiesen.
E. Langer-Berlin.

Pathologisch-anatomische Untersuchungen über die Syphilis des uropoetischen Systems, von F. Wohlwill, Path. Inst. Allg. Krkhs. Hamburg-St. Georg. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 1/2, S. 1.) Es gibt 4 Hauptformen von syphilitischen

Digitized by Google

Affektionen der Niere nebst Folgezuständen: 1. Die rein degenerativen Vorgänge, wie die Lipoidnephrose; 2. die rein vaskulären Formen (Weigert-Herxheimer); 3. die entzündlichen Prozesse, insbesonders die akute und die chronische interstitielle Nephritis und 4. die Nierengummen. Alle diese Formen können in „Schrumpfung" enden, außerdem können sie mit Amyloidose, Arteriosklerose und Arteriolosklerose kombiniert sein. So können komplizierte anatomische Bilder entstehen. Im allgemeinen sind die gummösen Nierenerkrankungen recht selten. Bedeutend häufiger sind unspezifische, aber doch durch Syphilis bedingte Nierenaffektionen; jedoch ist über die syphilitische Genese in den meisten Fällen dann nur sehr schwer etwas auszusagen, weil es nicht nur klinisch, sondern selbst pathologisch-anatomisch an genügend sicheren Kriterien fehlt. In pathologisch-anatomischer Beziehung vermag der Nachweis spezifischer Venenveränderungen unter Umständen bei einer sonst charakteristischen Nierenerkrankung die syphilitische Ursache klarzustellen, während endarteriitische Prozesse gerade in der Niere weniger bedeutsam sind. Dagegen aber spricht die Mitbeteiligung der abführenden Harnwege nicht unbedingt gegen Syphilis und für Tuberkulose, denn Verf. konnte nicht nur in der Niere, sondern im ganzen uropoetischen System vernarbende Gummen feststellen. Bei Frühsyphilis, aber auch bei späteren Formen, kommen, durch diese oben erwähnten Venenveränderungen gekennzeichnet, akute interstitielle Nephritiden vor, die sogar durch Urämie zum Tode führen können. Die schon bekannten syphilitischen Schrumpf- und Narbennieren sind als Endausgänge oder chronische Verlaufsformen dieser interstitiellen Nephritiden aufzufassen. A. Rosenburg-Mannheim.

Zur Frage einer Glomerulonephritis haemorrhagica acuta luica praecox, von J. Hein, I. Med. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Zbl. f. inn. M., 1927, Nr. 10, S. 265.) An der Hand eines Falles weist Verf. auf den Zusammenhang zwischen Lues und Glomerulonephritis hin, der bisher im Schrifttum wenig berücksichtigt worden ist. Bei gleichzeitig bestehender sicherer Lues im frühen Sekundärstadium mit Exanthem, wenn andere Ursachen für die Nephritis nicht gefunden werden können, sollte stets an die Möglichkeit eines luischen Ursprungs gedacht werden. In solchen Fällen braucht man sich nicht zu scheuen, die sonst absolut kontraindizierte Quecksilber-Salvarsantherapie energisch einzuleiten, da diese Nephritiden sehr günstig auf eine spezifische Therapie reagieren. F. Landauer-Berlin.

Zur Charakteristik der syphilitischen Erscheinungen, welche einer Neurolues vorausgehen, von E. Suchowa. (Kasanski Medicinski Journal, 1927, Nr. 4.) Unter 197 von der Verf. während der Kursaison in Pjatigorsk in den Sommern 1925 und 1926 beobachteten Fällen von Neurolues wußten 51 oder 25,8% nichts von ihrer Lues, 81 oder 81,4% hatten keine sekundären Erscheinungen gehabt und nur 67 bzw. 34,1% erinnerten sich sekundärer Symptome. A. Jordan-Moskau.

Die kongenitale Syphilis und ihre Beziehungen zu Nerven- und Geisteskrankheiten, von F. Jahnel, Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psych. München. (Kl. W., 1927, Nr. 19, S. 906.) Nicht alle bei Menschen mit kongenitaler Lues auftretenden Nerven- und Geisteskrankheiten darf man auf die Lues zurückführen. Erschwert wird die Differentialdiagnose oft dadurch, daß sich die Einflußsphären der hereditären Degeneration und der Lues überschneiden. Auch die sogenannte keimschädigende Ursache der Lues darf bei der Erklärung von Geisteskrankheiten nicht ohne einen sicheren Beweis für die Lues als Ursache der Erkrankung angeführt werden, ebensowenig wie die allzu oft angenommene Weiterwirkung der Lues ins dritte Glied. Andererseits kann die kongenitale Lues zu den verschiedensten Formen des Schwachsinns führen und ebenso zu allen Nerven- und Geisteskrankheiten, wie sie auch bei der akquirierten Lues vorkommen. So finden wir auch hier, wie bei der akquierierten Lues, isolierte Gummen, Meningitiden und Gefäßerkrankungen spezifischer Natur. Aber auch unter der Maske der verschiedensten anderen Erkrankungen kann die Lues kongenital verlaufen, so z. B. als Amyotrophien, spastische Spinalparalyse, choreatische Bilder usw. Seltener sind periphere Nervenerkrankungen luetischer Natur. Vorausgegangene endokrine Erkrankungen können auch den kongenital-luetischen Nervenerkrankungen ein eigenartiges Gepräge geben, so z. B. Wachstumsstörungen. Juvenile Paralyse und Tabes verlaufen klinisch und anatomisch ähnlich den gleichen Erkrankungen beim Erwachsenen, nur scheint im allgemeinen ihr Verlauf protahierter zu sein. Die Behandlung der betreffenden Erkrankungen deckt sich mit der der gleichen Krankheitszustände bei Erwachsenen. E. Langer-Berlin.

Syphilis und progressive Paralyse, von N. Skljar. (Klinitscheskaja Medicina, 1927, Bd. 5, Nr. 6 [Russisch].) Zur Paralyseentstehung bedarf es außer der Syphilis

Digitized by Google

noch anderer begünstigender Momente, zu denen Verf. vor allem einen erregten Zustand des Zentralnervensystems rechnet, ferner Alkoholmißbrauch und geistige Überanstrengung.
A. Jordan-Moskau.

c. *Ätiologie und Diagnose*

Polymorphisme et évolution du tréponème. Aperçu critique (Polymorphismus und Entwicklung der Spirochaeta pallida. Kritische Bemerkungen), von Hubert, Jausion und A. Pecker. (Paris méd., 1927, Nr. 10, S. 230—233.) Auf Grund kritischer Beurteilung einschlägiger Arbeiten muß festgestellt werden, daß die Frage des Polymorphismus und des Entwicklungsganges der Spirochäte noch nicht gelöst ist. Für die praktische Syphilislehre wäre es wichtig festzustellen, ob etwa die positive WR an die typische Spirochätenform geknüpft dagegen nicht in der Lage ist, degenerative oder Sporenformen nachzuweisen; sollten diese vielleicht auch ein Versagen der Salvarsanbehandlung erklären können? E. Levin-Berlin.

Das Vorkommen von Spirochäten im Liquor von Syphilitikern und deren Beziehungen zu anderen Liquorbefunden, von W. Schönfeld und H. Krey, Univ.-Hautkl. u. Polikl. Greifswald. (M. m. W., 1927, Nr. 10, S. 412.) Nachdem frühere Methoden eines unmittelbaren Spirochätennachweises im Liquor cerebrospinalis der Syphilitiker nur ganz selten positive Ergebnisse gezeigt haben, ist von den Verff. nach einer Methode von Warthin und Starry, bzw. nach Levaditi das Liquorsediment von 29 Patienten mit sehr viel günstigerem Erfolge auf Spirochäten untersucht worden. Die Methode, nach der sie den Liquor behandelten und das Sediment färbten, wird ausführlich mitgeteilt und muß im Original nachgelesen werden. Genauer beschrieben werden 17 Fälle von Syphilis (16 Fälle von Hautsyphilis aller Stadien, 1 Tabes) und 5 Kontrollfälle. In 4 Fällen von den 17 wurden Bruchstücke von Spirochäten, bei 10 anderen Spirochäten mit 5—10 Windungen gefunden. Demnach wurden in der größeren Hälfte der untersuchten Syphilisfälle Pallidae im Liquor nachgewiesen. 3 Fälle von diesen hatten gleichzeitig einen nach den üblichen Untersuchungsmethoden pathologischen Liquorbefund. 12 Fälle hatten mit Ausnahme eines geringen Ausschlages bei der Goldsolreaktion normalen Liquor, und trotzdem wurden bei diesen 12 Fällen Spirochäten festgestellt. Die Verff. schließen, daß demnach die Rückenmarksflüssigkeit von Syphilitikern auch dann, wenn der Liquor nach unseren heutigen Begriffen normal befunden wird, Spirochäten enthalten kann. 5 zum Teil charakteristische Abbildungen sind der Arbeit beigegeben. W. Kirschbaum-Hamburg.

Experimentelle Untersuchungen über die salvarsanresistente Lues, von R. Nothhaas, Univ.-Hautkl. Hamburg. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 761.) Das Blut eines gegen Salvarsan völlig resistenten Luetikers wird Kaninchen injiziert. Der Stamm wird durch 3 Passagen weitergeführt und zeigt keine Besonderheiten. Die Kaninchen werden mit Salvarsan, und zwar mit gleichem Erfolg, behandelt, wie Kontrolltiere des Nicholstammes. Ferner wird das Blut eines zweiten salvarsanresistenten Luetikers auf Kaninchen überimpft. Beobachtung in bezug auf die Inkubationszeit. Diese ist nicht anders als mit frischen Nicholstämmen. Dagegen erweist sich, daß die Inkubationszeit bei biologisch jungen Stämmen überhaupt viel länger und inkonstanter ist als bei alten Stämmen. Die salvarsanresistenten Luetiker wurden mit Malaria behandelt. Nach dem 4.—5. Anfall war der Körper derart „umgestimmt", daß Salvarsan nunmehr volle Wirksamkeit entfaltete. H. Colman-Berlin.

Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis, von R. Wagner und F. Breinl, Hyg. Inst. u. deutsche derm. Klin. Prag. (Kl. W., 1927, Nr. 17, S. 805.) Verff. haben 22 Kaninchen, die syphilitisch infiziert waren, einer Fieberung durch Impfung mit dem Virus des Rocky-Mountains-Spotted-Fever unterzogen, indem die Tiere in den verschiedenen Luesstadien mit diesem Virus geimpft wurden. Die Schanker pflegten sich in der 2. Hälfte des Fiebers zu resorbieren, die Kniedrüsen blieben aber meist spirochätenhaltig. Bei 4 Tieren trat wahrscheinlich, bei einem sicher Heilung ein. In 2 Fällen war keinerlei Beeinflussung durch das Fieber, in einem eine Propagation zu verzeichnen. Eine Beziehung zwischen der Fieberwirkung und dem Alter der Lues ließ sich nicht konstatieren. E. Langer-Berlin.

L'hémoculture dans la fièvre récurrente humaine (Die Hämokultur beim Rekurrensfieber des Menschen), von R. Bruynoghe, Et. de Greef und A. Dubois. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1071—1072.) Gelegentlich der Behandlung der progressiven Paralyse mit Spir. Duttoni wurde festgestellt, daß diese sich vorzüglich in mit Ringerscher Lösung verdünntem Kaninchenserum züchten läßt. Durch Ver-

Digitized by Google

impfen des Blutes des Kranken auf diesen Nährboden (Hämokultur) lassen sich diagnostische Schlüsse ziehen; es ergaben sich positive Resultate zur Zeit des Anfalles und auch zwischen den Anfällen. Nach der Heilung, d. h. einige Tage nach der letzten Krise, ergab die Kultur keine Spirochäten mehr. E. Levin-Berlin.

d. Serologie

Gehirnantikörper bei Syphilis. (Nachweis einer Hirnbeteiligung durch Serumreaktion bei Syphilis aller Stadien?) 1. Mitteilung, von F. Georgi und Fischer, Psych. Univ.-Kl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 20, S. 948.) Ausgehend von der Annahme, daß die WR wohl in der Hauptsache durch arteigene Lipoidantikörper zustande kommt, machten Verff. Versuche, um festzustellen, ob eventuell den Lipoiden verschiedener Organe eine gewisse Spezifität zukommt. Zunächst haben sich diese Versuche hauptsächlich auf Untersuchungen mit einem alkoholischen Hirnrindenextrakt erstreckt. Als optimal hat sich bisher ein Extrakt aus 39 Teilen Alkohol und 1 Teil Organsubstanz bewährt. Es erscheint nach den bisher vorliegenden Resultaten wohl möglich, daß lediglich auf Grund einer Serumuntersuchung auch bei negativem Liquor-Wassermann eine Beteiligung des Zentralnervensystems in den verschiedenen Stadien festgestellt werden kann. Weitere Nachprüfungen an großem Material sind notwendig. E. Langer-Berlin.

Influence de l'iodoforme sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum de lapin (Einfluß des Jodoforms auf die Wassermannsche Reaktion im Kaninchenserum), von G. Gjorgjevitch und M. Piévatchevitch. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1006—1007.) Kaninchen, deren Blut zuvor seronegativ befunden worden war, erhielten intravenöse Einspritzungen einer Jodoform-Suspension. Es trat regelmäßig eine positive Reaktion auf nach 10—12 innerhalb 20—24 Tagen verabfolgten Einspritzungen von 0,05—0,275 mg, auch bei einem Tiere, bei dem vorher subkutane Einspritzungen keinen Umschlag der Reaktion hervorgerufen hatten. Fortgesetzte Einspritzungen können die Reaktion dauernd positiv erhalten. E. Levin-Berlin.

Influence de l'iodoforme sur la réaction de Bordet-Wassermann (Einfluß des Jodoforms auf die Wassermannsche Reaktion), von G. Gjorgievitch und M. Piévatchevitch. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1007—1008.) Intravenöse Jodoformeinspritzungen bewirkten bei Personen mit negativer WR eine positive Reaktion nach ungefähr 1,5 g Jodoform in 10—12 Einspritzungen (nach 20—24 Tagen). Es ist damit Gewichtsverlust verbunden, vorübergehend trat Albuminurie auf. Die positive Reaktion schwindet bei Aussetzen der Einspritzungen nach 2—3 Tagen, durch fortgesetzte Einspritzungen kann sie positiv erhalten werden. Subkutane Einspritzungen rufen keine positive Reaktion hervor. Es erscheint möglich, daß mit Jodoform behandelte weiche Schanker vorübergehend positive Reaktion geben, und es muß eine solche Reaktion mit Vorsicht bewertet werden. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Birnbaum, Assistent der Dermatologischen Klinik in Würzburg, zum Oberarzt der Klinik für Hautkrankheiten der städtischen Krankenanstalten zu Dortmund, als Nachfolger des emeritierten Prof. Fabry;

Prof. Ulisse Rebaudi zum Primararzt der dermatologischen Abteilung des Ospedale Civile in Genua-Sampierdarena.

Gestorben: Prof. Zeferino Falcao, Direktor der Dermatologischen Klinik in Lissabon. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 32 (Bd. 85) 6. August 1927

Aus der Deutschen Hautklinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich)

Über klinische Erfahrungen mit „Chronex" in der Ekzembehandlung

Von

Dr. Olga Nowak, Sekundarärztin der Abteilung

Die Idee Truttwins, labile Metallsalze in die äußere Therapie einzuführen, wurde zum erstenmal in seinem Andriol-Uran verwirklicht und bewährte sich schon damals, wie aus Schuberts Bericht auf der naturwissenschaftlichen Tagung in Innsbruck 1924 und Publikationen von Kundratitz, Scherber, Schwank und Šavník hervorgeht.

Einen Nachteil hatte das Präparat, namentlich für den Dermatologen, es zeitigte bisweilen Reizungen, die durch ein Zwischenprodukt in der Fabrikation hervorgerufen wurden.

Nun ist es Truttwin gelungen, das reine Andriol-Uran herzustellen, d. h. diese Nebensalze zu eliminieren. Seine neue Salbe „Chronex", die an der Klinik geprüft wurde, hat sich bisher sehr gut bewährt.

Über unsere klinischen Erfahrungen möchte ich folgendes berichten:

Wie bei jedem neuen Ekzemmittel versuchten wir es zunächst mit den weniger reizbaren, chronischen Ekzemen, und der Erfolg war ein sehr befriedigender. Eine Reihe von Ekzemen, darunter jahrelang bestehende Gewerbeekzeme mit der typischen Lokalisation an Händen, oberen und unteren Extremitäten, Gesicht und Brust, die bisher mit verschiedenen Mitteln ohne Erfolg behandelt wurden, und zwar chronische Ekzeme mit starker Hautverdickung, Jucken und Lichenifikation, zeigten nach wenigen Tagen Aufhören des Juckreizes, Weicherwerden der Haut und Rückgang des subakuten Entzündungsvorganges.

Einige typisch verlaufende Fälle aus unserer Versuchsreihe.

I. Gruppe: Chronisches Ekzem.

1. Chronisches Ekzem mit akuten Schüben in beiden Kniekehlen. Seit einem Jahr bestehende, juckende Hautverdickung mit starker Lichenifikation, Pigmentierung und Schuppung mit randständigen Knötchen, stellenweise nässend, Krustenbildung und Kratzeffekten. Nach Einlieferung einen Tag Mazerationstherapie, hierauf Chronex: Nach 4 Tagen Haut weich glatt, keine neue Reizung, Rötung geschwunden, Patient gebessert entlassen. Nach 4 Wochen Neuaufnahme, da infolge unhygienischer Verhältnisse fast derselbe Status wie bei der 1. Einlieferung. Chronex: Am 2. Tag Aufhören des Juckreizes, keine neue Reizung, Patient nach einer Woche wesentlich gebessert entlassen

2. 2 Fälle von jahrelang bestehendem chronischem Ekzem, mit akuten Schüben, lokalisiert im Gesicht, am Hals, Brust, Rücken, Ellenbeugen und Kniekehlen. Haut ebenfalls derb infiltriert, mit Lichenifikation und Pigmentationen, Knötchen, Kratzeffekten. Chronex: nach 2 Tagen Haut weicher, elastischer, Jucken geringer, nach 4 Tagen Juck-

Digitized by Google

reiz aufgehört, Infiltration und Knötchen in Rückbildung, einige Tage später werden die Patienten geheilt entlassen. („Geheilt" in dem Sinne, daß die Ekzemerscheinungen auf der weniger verdickten Haut geschwunden sind.)

3. 3 Fälle von chronischem schuppendem Ekzem, mit Infiltration, darunter 1 Fall von tylotischem Ekzem mit Rhagadenbildung an beiden Handflächen, therapieresistent, heilt innerhalb von 3 Wochen unter Chronex ab. Von den zwei anderen Fällen heilt der eine unter Einsinken der Infiltration und Aufhören der Schuppung innerhalb einer Woche ab, während beim anderen nach 4—5 Tagen ein Stillstand im Heilungsprozeß eintritt, nach einigen Tagen unter Behandlung mit Arningscher Pinselung wirkt jedoch Chronex wieder wie bei vorhergehendem Fall.

4. 5 Fälle von chronischem Gewerbeekzem mit akuter Reizung. An Gesicht, Händen, Unterarmen Haut infiltriert, lebhaft gerötet, mit Knötchen, stellenweise Nässen und Borkenauflagerungen, subjektiv Brennen. Über Nacht Diachylon zur Ablösung der Krusten, hierauf Chronex: Am 1. Tag Aufhören des Juckens und Brennens, innerhalb weniger Tage Abblassen der Rötung, Nässen hört auf, Einsinken der Infiltration, keine neue Reizung. Haut blaß, glänzend weich, leicht schuppend.

Nach diesen sehr befriedigenden Resultaten in chronischen Fällen gingen wir zu den auf jede Therapie mit Reizung und Nässen reagierenden Fällen über.

II. Gruppe: Chronische reizbare Ekzeme, die auf jegliche bisherige Therapie nässten.

1. Eczema capitis (Seborrhoid); 3 Monate bestehend, Ausbreitung unter der Behandlung über den ganzen Kopf, Nässen. Therapieresistent gegen Diachylon, Umschläge, Arningsche Pinselung, Teerspiritus, Präzipitalsalbe, Zinköl, Schüttelmixtur u. a. — Chronex: Zuerst etwas Brennen und die betreffende Gesichtshälfte röter als die andere unter Zinköl, aber sonst gut vertragen. Nässen an den Ohren. 3 Tage später: Keine neue Reizung, kein Jucken und Brennen, Haut blässer, geschmeidiger, schuppend. Wieder 3 Tage später: keine Reizung, Haut weiter abgeblaßt, Schuppung geringer, Nässen an den Ohren hört auf. Heilung nach 14 Tagen.

2. Ein analoger Fall eines impetiginösen Kopfekzems. Seit 4 Monaten bestehend, alle gebräuchlichen Ekzemmittel versagen, Nässen ist die Reaktion. Übergreifen auf Gesicht und Ohren. Chronex: 1. Tag, Jucken und Brennen geringer, nach 2 Tagen keine neue Reizung, einige Tage später Aufhören des Nässens, Haut blaßt ab, nach 3 Wochen vollständige Abheilung des Prozesses.

3. 2 Fälle von chronischem Gewerbeekzem, ebenfalls auf jegliche Therapie mit Nässen reagierend. Chronex wird reizlos vertragen und bringt den Prozeß zur Abheilung.

4. Ein Fall eines universellen, chronischen ebenfalls reizbaren Ekzems. Jedes Mittel verursacht nach 2—3 Tagen neue Reizung. Chronex beseitigt zunächst das subjektive Juckgefühl. Nach 2 Tagen ist die Haut blässer, ruhiger, um nach zwei weiteren Tagen mit neuerlichem Jucken, Rötung, Knötchenbildung auch auf diese Therapie zu antworten. Deswegen Fortsetzen der Therapie mit Schüttelmixtur, nach 2 Tagen Übergehen zu Chronex, nach neuerlicher Reizung Versuch mit Zinköl, dann wieder Chronex, und so wird der Prozeß unter ständigem Wechsel mit den mildesten Mitteln unter immer längeren Intervallen der Chronexverträglichkeit innerhalb von 3—4 Wochen zur Abheilung gebracht.

Wir sahen in zwei weiteren Fällen, die sich gegen jede andere Therapie resistent erwiesen, auch nach Anwendung von Chronex, Fortdauer des Reizzustandes.

Ähnlich verhalten sich die Ekzemformen unserer

III. Gruppe: Die akuten nässenden Ekzeme.

In einem Falle von akutem dysidrotischem Bläschenekzem trat nach Anwendung der Salbe eine Bläscheneruption auf, welche sich auf Umschläge rasch wieder zurückbildete. Im subakuten Stadium wurde die Salbe auch in diesem Falle sehr gut vertragen.

Ebenso sahen wir bei sechs weiteren Fällen von akutem nässendem Ekzem auch auf Chronex hin weiteres Nässen, doch wurde es nach Abklingen der Reizung im subakuten Stadium reizlos vertragen und führte zur Abheilung des Prozesses.

Aus den hier wiedergegebenen Krankengeschichten ist die auffallend gute Verträglichkeit des Präparates zu ersehen und es ist be-

Digitized by Google

sonders hervorzuheben, daß wir trotz des hohen Jodgehaltes örtlich niemals stärkere Reizerscheinungen haben. Nicht selten tritt nach mehrtägiger Anwendung der Salbe eine leichte Jodakne auf, welche trotz weiterer Anwendung von Chronex unter Zinkpaste rasch wieder abklingt.

Zusammenfassend kann also gesagt werden:

1. Fälle von therapeutisch schwer beeinflußbaren, chronischen Ekzemen mit ausgesprochener Lichenifikation und starkem Juckreiz zeigten nach Anwendung von Chronex nach wenigen Tagen einen wesentlichen Rückgang der Infiltration und der entzündlichen Erscheinungen und eine wesentliche Besserung des Juckens.

2. Chronische Ekzeme, die durch eine besondere Neigung zu akuten Rezidiven ausgezeichnet waren und sich gegenüber den verschiedenen üblichen Medikationen als äußerst reizbar erwiesen hatten, zeigten eine auffallend gute Verträglichkeit gegenüber „Chronex", das in diesen Fällen meist ein rasches Aufhören des Nässens bewirkte.

3. Frische Ekzeme im akuten nässenden Stadium zeigten dagegen eine geringe Verträglichkeit gegenüber der Chronexsalbe. Nach dem Abklingen der akuten Erscheinungen und nach Aufhören des Nässens hat sich jedoch auch in diesen Fällen im subakuten Stadium das Präparat sehr gut bewährt.

Literatur

v. Truttwin, M. m. W., 1925, Nr. 5. — Kundratitz, K., W. m. W., 1924, Nr. 43. — Lasch, F., W. m. W., 1924, Nr. 25. — Scherber, W. m. W., 1923, Nr. 14. — Schubert, J., Derm. W., 1925, Nr. 1. — Schwank, Česká dermatol. 1. April 1924. — Šavnik-Truttwin, M. Kl., 1923, Nr. 9.

Eine neue Epilationsnadelgarnitur[1])

Von

Dr. Karl Mezei

Für die Epilation mittels Elektrolyse ist meistens die aus 5 Nadeln bestehende Kromayersche Garnitur in Anwendung, deren Nadel mit dem elektrischen Strom durch feine Kupferkabeln verbunden sind. Ein jeder Arzt, der sich mit Epilation befaßt, erfährt mit Verdruß, daß diese Kupferkabeln verhältnismäßig schon nach kurzer Anwendung sich verwickeln und auf diese Weise, da sie die in die Follikeln richtig eingeführte Nadeln von ihrer Richtung ablenken, unbrauchbar werden.

Nobl (Wien) schreibt in seinem Artikel: „Erfahrungen über kosmetische Enthaarungsmethoden" (M. Kl., Nr. 12, 1924): „Wer je mit diesen haardünnen Kupferkabeln zu arbeiten Gelegenheit hatte, wird bezeugen, daß man sich eben so sehr um den Sitz der Nadeln, als über den Verlauf der dünnen Drähte kümmern mußte, um nicht schon nach der ersten Einführung ein unentwirrbares Drahtkonvolut in Händen zu haben und nach einem neuen Besteck greifen zu müssen." Dieser Fehler wird durch die von mir modifizierte Nadelgarnitur abgeschafft (Patent angemeldet), deren Metallkabeln aus einer elastischen Metallegierung und einem dieselben einhüllenden elastischen Überzug bestehen, so daß ihre Verwicklung verhindert ist.

---

[1]) Zu beziehen bei Ing. Ludwig Schulmeister, Fabrik für Röntgen- und elektromedizinische Apparate, Wien IX, Spitalgasse 5 und F. Reiner & Co., Röntgen- und elektromedizinische Apparate, Wien IX, Pelikangasse 6. Preis einer aus 5 Nadeln bestehenden Garnitur: 7 Schill.

Digitized by Google

Die Rechte und Pflichten des Arztes auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Von

Prof. Dr. Hanauer in Frankfurt a. M.[1])

Das neue Gesetz nimmt die Tätigkeit des Arztes nach drei Richtungen in Anspruch; er tritt in Tätigkeit 1. als behandelnder Arzt, 2. als Fürsorgearzt, 3. als Gutachter und Sachverständiger.

1. Der Arzt als behandelnder Arzt

Der für die Ärzte wichtigste Paragraph des Gesetzes, der grundlegende, am meisten umstrittene, ist der § 7, nach dessen erstem Satze die Behandlung von Geschlechtskrankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane nur den für das Deutsche Reich approbierten Ärzten gestattet ist. Die Häufung der genannten Krankheitsbezeichnungen könnte als Tautologie erscheinen; es kommt jedoch jeder einzelnen besondere Bedeutung zu. Was unter „Geschlechtskrankheiten" zu verstehen ist, ist im § 1 definiert. Danach sind im Sinne des Gesetzes Geschlechtskrankheiten: Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten. Nach v. Zumbusch[2]) sind hierunter also alle Krankheiten zu verstehen, welche durch den Gonokokkus, die Spirochaeta pallida und den Ducreyschen Bazillus ätiologisch bedingt sind. Klar und deutlich ist im § 1 gesagt, daß auch extragenitale Lues, Conjunctivitis gonorrhoica usw. unter das Gesetz fallen, natürlich auch die sekundären und tertiären Erscheinungen, Metastasen und Komplikationen. Zweifelhaft kann man sein, ob auch die viszerale Lues, wie Aortitis, das Aneurysma aortae und die Lues des zentralen Nervensystems darunter fallen.

Gegenüber den venerischen Erkrankungen sind unter Krankheiten der Geschlechtsorgane die nichtspezifischen Erkrankungen der Sexualorgane zu verstehen, also beim Manne die Erkrankungen des Hodens, des Membrums, der Samenblase usw.; bei der Frau fällt hierunter das gesamte Gebiet der Gynäkologie. Unter „Leiden der Geschlechtsorgane" sind die funktionellen Erkrankungen zu verstehen, wie Impotenz, konträre Sexualzustände, Perversionen usw. Der Gesetzgeber schuf demnach eine neue medizinische Terminologie, auf welche wir uns einzustellen haben, gleichgültig, ob wir sie völlig billigen. Tatsächlich scheint uns die Scheidung der „Krankheiten" von den „Leiden" der Sexualorgane etwas gekünstelt.

Viel wichtiger ist jedoch das praktische Ergebnis, daß auf Grund des § 7 den Kurpfuschern nicht nur die Behandlung der venerischen, sondern auch die der nichtspezifischen Erkrankungen der männlichen Sexualorgane sowie die gesamte Gynäkologie entzogen ist. Wenn gerade auf letzterem Gebiet durch Ausschaltung der Kurpfuscher unter anderem die rechtzeitige Erkennung des Uteruskarzinoms gefördert und durch sachgemäße Behandlungen Tausenden von Frauen das Leben erhalten werden kann, so ist dies als eine überaus erfreuliche Nebenwirkung des Gesetzes zu buchen.

Die Behandlung ist nur den im Deutschen Reich approbierten Ärzten erlaubt. Hier ist daran zu erinnern, daß es in Deutschland zwei Gruppen von Ärzten gibt, die, ohne die deutsche Approbation zu besitzen, in Deutschland die volle ärztliche Praxis ausüben; das sind einmal die an der Grenze wohnenden ausländischen Ärzte, die auf Grund von Staatsverträgen berechtigt sind, in deutschen Grenzorten Praxis auszuüben, dann die im Ausland approbierten Ärzte, denen von seiten eines deutschen Staates oder einer Gemeinde amtliche Funktionen übertragen werden, vor allem die aus dem Auslande an deutsche Universitäten berufenen Professoren. Nach dem Wortlaut des Gesetzes müßte den beiden Gruppen dieser Ärzte die Behandlung der Geschlechtskrankheiten verboten werden. Ob die Grenzärzte berechtigt sind, auf Grund des Gesetzes Geschlechtskrankheiten zu behandeln, ist nicht ohne weiteres klar. Wenn ja, dann

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Frankfurter dermatologischen Vereinigung am 3. Mai 1927. — [2]) v. Zumbusch, Über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. M. m. W., 1927, Nr. 12.

Digitized by Google

dürfte dies zutreffen auf Grund des Artikels der Konvention, wonach diese Grenzärzte bei Ausübung ihres Berufes in den in der Nähe der Grenze gelegenen Orten des anderen Landes sich den dort in dieser Beziehung geltenden Gesetzen zu unterwerfen haben und die bezüglich der Ausübung ihres Berufes erlassenen Administrativvorschriften zu befolgen haben. Was die vom Auslande berufenen Ärzte anbelangt, so gilt für diese die Vorschrift der Gewerbeordnung, daß Personen wegen wissenschaftlich erprobter Leistungen von der vorgeschriebenen Prüfung entbunden werden können, wenn sie nachweisen, daß ihnen von seiten eines Staates oder einer Gemeinde amtliche Funktionen übertragen werden sollen. Sie erhalten damit die Rechte der in Deutschland approbierten Ärzte und sind demnach auch zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten befugt. Darauf, wie es sich verhält, wenn ein in Deutschland wohnender Geschlechtskranker einen im Auslande domizilierenden Arzt aufsucht, kommen wir bei Besprechung des § 2 zurück.

In der Art der Behandlung ist der Arzt zunächst nicht beschränkt. Er kann nach wissenschaftlichen Methoden behandeln, homöopathisch, chemisch-biologisch, naturärztlich usw. Eine Beschränkung in der Behandlung erfolgt jedoch nach der Richtung, daß ärztliche Eingriffe, die mit einer ernsten Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden sind, nur mit Einwilligung des Pat. vorgenommen werden dürfen. Diese Bestimmung bringt bekanntlich nichts Neues; sie ist vielmehr wörtlich aus der Verordnung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 herübergenommen mit dem einzigen Unterschiede, daß das Gesetz von einer „ernsten" Gefahr spricht. Das Gesetz erleichtert demnach die Krankenbehandlung in geringem Maße. Der Vergleich des Gesetzes mit der Verordnung von 1918 hinsichtlich der ärztlichen Eingriffe zeigt auch, wie haltlos die Behauptung der Heilkünstler ist, daß erst durch ihre Agitation der Passus in das Gesetz gekommen sei, und daß sie keinen Grund haben, sich mit diesem Erfolg zu brüsten, der ihnen einen Trost bieten soll, nachdem sie mit ihren Bemühungen, zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten zugelassen zu werden, ein glänzendes Fiasko erlitten hatten. Wahrscheinlich werden sie nunmehr weiter eifrig bemüht sein, die Salvarsanhetze zu betreiben. Der Reichsregierung, die zu bestimmen hat, welche ärztlichen Eingriffe unter den § 4 fallen, kommt daher eine besonders große Verantwortung zu. Nach den Erklärungen des Ministerialdirektors Damann im Bevölkerungspolitischen Ausschusse des Reichstages müsse die Behandlung mit Salvarsan oder Quecksilber nach dem heutigen Stande der ärztlichen Technik als mit ernster Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden angesehen werden und dürfe daher nur mit Einwilligung des Kranken vorgenommen werden.

Des weiteren ist dem Arzt die gewissenhafte Behandlung der Kranken zur Pflicht gemacht. Es ist ihm verboten, solche Krankheiten anders als auf Grund eigener Wahrnehmungen zu behandeln (Fernbehandlung) oder in Vorträgen, Schriften, Abbildungen oder Darstellungen Ratschläge für die Selbstbehandlung zu erteilen. Wenn man hier in erster Linie die gewerbsmäßige briefliche Behandlung, wie sie von den Annoncendoktoren vielfach geübt wird, im Auge hat, so ist doch nach dem Wortlaut des Gesetzes auch die gelegentliche briefliche Ratserteilnng an Geschlechtskranke verboten, auch dann, wenn es sich um Pat. handelt, die früher in persönlicher Behandlung des Arztes gestanden hatten. Was die Ratserteilung für die Selbstbehandlung anlangt, so muß sich der Arzt hüten, bei Vorträgen über das Wesen und die Verhütung von Geschlechtskrankheiten, wenn er das Gebiet der Behandlung berührt, was ja durchaus wünschenswert ist, Ausführungen zu machen, die als Ratschläge für die Selbstbehandlung erscheinen könnten; er muß also nach dieser Richtung hin sehr vorsichtig sein.

Absatz 2 und 3 des § 7 enthalten Strafbestimmungen. Wer einen anderen einem der im Absatz 1 enthaltenen Verbote zuwider behandelt oder sich zu einer solchen Behandlung öffentlich oder durch Verbreitung von Schriften, Abhandlungen oder Darstellungen, wenn auch in verschleiernder Weise erbietet, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft.

Gleiche Strafe trifft den Arzt, der sich zur Behandlung der im Absatz 1 bezeichneten Krankheiten in unlauterer Weise erbietet.

Es machen sich also strafbar auf Grund des 2. Absatzes des § 4

1. der Kurpfuscher, der überhaupt behandelt;

2. der Arzt und Kurpfuscher, die Fernbehandlung treiben oder zur Selbstbehandlung Ratschläge erteilen ebenfalls nach Absatz 1;

3. Ärzte und Kurpfuscher, die annoncieren oder sich sonst zur Behandlung anbieten.

Digitized by Google

Nicht ganz klar ist, was nunmehr noch der dritte Absatz sagen will, der die gleiche Strafe dem Arzt androht, der sich zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten in unlauterer Weise anbietet. Man sollte glauben, daß schon in dem Absatz 1 und 2 alle unlauteren ärztlichen Behandlungsmethoden getroffen werden. Es ist also wahrscheinlich, daß der Gesetzgeber außer dem Anbieten durch die Annonce noch andere unlautere Methoden der Praxiserlangung auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten im Auge hat. Man könnte hier vielleicht an die Bestechung von Hotelpersonal usw. denken, die Abspenstigmachung von bereits in Behandlung anderer Ärzte befindlichen Pat. und an andere Methoden unlauteren Wettbewerbs bei der Gewinnung von Pat. Auch Vorträge mit anschließenden Konsultationen dürften darunter fallen. Ausdrücklich sei hervorgehoben, daß nach § 7 auch der Apotheker sich strafbar macht, wenn er Geschlechtskranken auf Verlangen ohne ärztliche Verordnung Heilmittel abgibt oder ihnen Ratschläge erteilt. Ratschläge zur Selbstbehandlung werden mit Vorliebe von Fabrikanten von Heilmitteln und Apparaten erteilt, die in den dem Publikum zugesandten Schriften ihre Erzeugnisse anbieten und Erläuterungen geben, wie diese angewendet werden sollen.

Der § 7 zwingt den Arzt auch zu besonderer Vorsicht bei der Verwendung von ärztlichem Hilfspersonal: Schwestern, Masseuren, Medizinstudierenden, Medizinalpraktikanten usw.; auch diesen ist als nichtapprobierten Ärzten selbstverständlich die Behandlung von Geschlechtskrankheiten verboten, und der Arzt, der die selbständige Behandlung seiner Gehilfen duldet, könnte unter Umständen wegen Beihilfe zum Vergehen nach § 7 Absatz 2 in Anklage gesetzt werden.

Dem Arzte, der Geschlechtskranke behandelt, liegen nun zwei besondere Pflichten ob, einmal die Aufklärungspflicht nach § 8 und die Anzeigepflicht nach § 9.

§ 8 besagt: Wer eine geschlechtskranke Person ärztlich untersucht oder behandelt, soll sie über die Art der Krankheit und über die Ansteckungsgefahr sowie über die Strafbarkeit der in § 5 und 6 bezeichneten Handlungen belehren und ihr hierbei ein amtlich genehmigtes Merkblatt aushändigen.

Fehlt dem Kranken die zur Erkenntnis der Ansteckungsgefahr erforderliche Einsicht, so soll die Belehrung oder die Aushändigung des Merkblattes an denjenigen erfolgen, der für das persönliche Wohl des Kranken zu sorgen hat.

Die Aufklärungspflicht bestand bisher schon in der Verordnung der Reichsregierung. Der § 8 des Gesetzes entspricht in erweiterter Fassung dem § 4 der Verordnung. Erweitert ist die Vorschrift dadurch, daß nunmehr jede geschlechtskranke Person aufzuklären ist, nicht nur solche, die an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leiden, daß ausdrücklich auch die Belehrung über die Strafbarkeit des Beischlafes und der Heirat der an mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheiten Leidenden vorgeschrieben ist. Auch ist die Aushändigung eines Merkblattes nunmehr gesetzlich festgelegt, sowie daß unter besonderen Umständen die Belehrung der Angehörigen statt der des Erkrankten zu erfolgen hat.

Aufzuklären über die Art der Krankheit sind demnach alle venerisch Erkrankten, auch die nicht mit ansteckenden Formen Behafteten, aber auch nur diese. Das „soll" bedeutet, daß unter besonderen Umständen auch von der Aufklärung abgesehen werden kann. Das wird unter anderem dann der Fall sein, wenn anzunehmen ist, daß der Erkrankte bereits über die Natur der Krankheit orientiert ist, z. B. wenn es sich um einen ärztlichen Pat. handelt. Es sind aber auch hier die Fälle ins Auge gefaßt, wo, je nach der psychischen Verfassung des Erkrankten, durch die Aufklärung unter Umständen ein schwerer Schaden angerichtet werden könnte, wenn der Pat. die ungeschminkte Wahrheit erfährt. Könnte doch hier sogar die Gefahr des Suicid bestehen. Der Arzt muß daher alle diese Umstände sorgfältig erwägen und je nach der sozialen Stellung und dem Bildungsgrade des Pat. vorgehen.

Die Aufklärung der Eltern und Erzieher oder sonstiger Angehöriger kommt in Frage, wenn es sich um Kinder oder Jugendliche handelt oder um Schwachsinnige oder Idioten. Der gewissenhafte Arzt ist daher verpflichtet, wenn es ihm notwendig erscheint, eine Intelligenzprüfung vorzunehmen. Er wird die Angehörigen zu sich bestellen, und wenn sie nicht erscheinen, wird er sie entweder schriftlich benachrichtigen oder persönlich aufsuchen müssen. Diese Mitteilungspflicht an die Angehörigen kann den Arzt in Kollision bringen mit der Wahrung des Berufsgeheimnisses, das hochzuhalten ihm gerade bei dieser Krankheit am Herzen liegt. Selbstverständlich kann der Arzt sich durch die Mitteilung an die Eltern niemals auf Grund des § 300 des StrGB. strafbar machen. Eine Mitteilung an den Gatten, die Braut usw. bei leichtsinnigen Pat. und um erstere vor der Ansteckung zu schützen, ist durch den § 8 nicht vorgeschrieben.

Digitized by Google

Will der Arzt diese Mitteilung trotzdem machen, so tut er gut daran, den Umweg über die Beratungsstelle nach § 10 zu wählen. Die Aufklärungspflicht obliegt nicht allein dem Arzte, welcher einen Kranken behandelt, sondern auch dem, der den Kranken untersucht. Es ist hier unter anderem an die beamteten Ärzte, an die Fürsorgeärzte, Schulärzte, Gefängnisärzte usw. gedacht; dem Wortlaut nach bezieht sich die Vorschrift auf jede ärztliche Untersuchung, die vielleicht zu einem anderen Zwecke erfolgte, durch welche aber nebenher eine Geschlechtskrankheit festgestellt wurde.

Über die Meldepflicht handelt der § 9. Danach hat, wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, der in § 4 bezeichneten Gesundheitsbehörde Anzeige zu erstatten, wenn sich der Kranke der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet. Nach Bestimmung der obersten Landesbehörde kann die Anzeige auch einer Beratungsstelle für Geschlechtskranke anstatt an die Gesundheitsbehörde erstattet werden.

Der § 9 statuiert die fakultative Anzeigepflicht des Kranken, die einzig rationelle unter den Möglichkeiten der Anzeige, die bei den vorausgegangenen Diskussionen lebhaft ventiliert wurden. Sie bringt nichts Neues, wird vielmehr nur gesetzliche Einrichtung, nachdem eine freiwillige Anzeige seitens der Ärzte bisher bereits an die Beratungsstelle erfolgte, wo diese bestanden. Die Anwendung dieses Paragraphen setzt bei den Ärzten ein besonderes Maß von Gewissenhaftigkeit und Verantwortungsgefühl voraus. Sie müssen dabei ohne Ansehen der Person und des Standes verfahren, um dem Verdacht zu begegnen, der ja vielfach geäußert wurde, als sei das Gesetz ein Klassengesetz und werde von den Ärzten als solches gehandhabt. Es ist natürlich auch jede unnötige Beunruhigung und Verängstigung der Pat. zu vermeiden.

Sehr beachtlich ist, daß die Anzeige in zwei Fällen zu erfolgen hat, 1. wenn der Pat. sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht; 2. in allen Fällen, wenn er infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse andere besonders gefährdet, also unabhängig davon, wenn er sich auch den Anordnungen der Ärzte fügt. Allerdings muß eine besondere Gefährdung in Betracht kommen. Berufe, die hier gemeint sind, sind unter anderem die der Friseure, Kellner, sonst im Nahrungsmittelgewerbe beschäftigte Personen, Dienstboten, Krankenpfleger, Masseure und Hebammen. Eine Gefährdung durch persönliche Verhältnisse kommt in Betracht bei Prostituierten, Schlafgängern, Obdachlosen, Vagabunden und sonstigen unsicheren Kantonisten; sie liegt aber auch vor, wenn bei dem Pat. die Schlaf- und Wohnungsverhältnisse sehr ungünstig sind. Auch von Menschen, von denen bekannt ist, daß sie ihre geschlechtlichen Beziehungen häufig wechseln, ist anzunehmen, daß sie andere infolge ihrer persönlichen Verhältnisse besonders gefährden. Der Arzt ist daher gezwungen, nach den Verhältnissen des Pat. sich jedesmal eingehend zu erkundigen. Die Vorschrift des § 9 bezüglich der Anzeigepflicht ist viel schärfer wie die über die Belehrungspflicht gefaßt. Dem „soll belehren" des § 8 steht „hat Anzeige zu erstatten" des § 9 gegenüber. Eine Strafe ist allerdings für Unterlassung der Belehrung und der Anzeige nicht angegeben; doch kann der Arzt, abgesehen davon, daß er ehrengerichtliche Bestrafung für die schuldhafte Unterlassung zu gewärtigen hat, sich haftpflichtig machen, wenn der Kranke infolge unterlassener Aufklärung weitere Ansteckung hervorruft oder die Polizei infolge unterlassener Anzeige daran verhindert wird, einen gemeingefährlichen Kranken der Zwangsbehandlung zuzuführen. Jedenfalls tut der Arzt gut daran, sich die erfolgte Belehrung vom Pat. bescheinigen zu lassen. Die Ansteckungsquelle festzustellen und sie zu melden, wird vom Arzt nicht ausdrücklich verlangt.

Die Befürchtung, daß die korrekte Handhabung des § 9 seitens der Ärzte den Kurpfuschern zugute kommen wird, ist nicht ganz von der Hand zu weisen, wenn wir auch nicht so schwarz sehen wie Staatsanwalt Elwert[1]), der glaubt, daß die Anzeigepflicht die Pat. den Kurpfuschern zutreibe. Nach seiner Meinung werde sich die Vorschrift des § 9 praktisch dahin auswirken, daß nun viele Geschlechtskranke gerade nicht zum approbierten Arzt, sondern zum Kurpfuscher gehen, von welchem sie eine Dauerkontrolle und Anzeige nicht zu befürchten hätten, von dem sie auch wieder wegbleiben könnten, wenn ihnen die Behandlung zu unbequem, zu kostspielig und zu langwierig werde. Auch brauchten sie keine Durchbrechung des Berufsgeheimnisses zu befürchten, da die Kurpfuscher sich dann ja selbst ans Messer liefern würden. Die Pat., welche

[1]) Elwert, Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. D. m. W., 1927, S. 716.

Digitized by Google

den Kurpfuscher aufsuchen, müssen jedoch bedenken, daß, wenn es bekannt wird, daß sie sich vom Kurpfuscher behandeln lassen, sie erst recht der Polizei in die Hände fallen und einer Zwangsbehandlung unterworfen werden können.

Mit der Behandlung der Kranken beschäftigt sich auch der zweite Absatz des § 4. Danach können Personen, die geschlechtskrank sind und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint. Diese Bestimmung entspricht dem § 2 der Verordnung vom 11. XII. 1918. Nicht ganz klar ist, was hier unter „Heilverfahren" zu verstehen ist; es steht im Gegensatz zur Krankenhausbehandlung. Jedenfalls ist damit nicht das Heilverfahren im Sinne der Invalidenversicherung gemeint, vielmehr kann es sich hier, da das Heilverfahren dem Verbringen in ein Krankenhaus gegenübergestellt wird, wohl nur um ambulante ärztliche Behandlung handeln, die unter einem gewissen Zwange steht.

Um die Selbstbehandlung zu unterbinden, verbietet der § 11 die öffentliche Ankündigung, Anpreisung oder Ausstellung von Mitteln, Gegenständen oder Verfahren, die Heilung oder Linderung von Geschlechtskrankheiten bezwecken sollen. Durch dieses Verbot werden in erster Linie Apotheker, Heilmittelfabrikanten und Drogisten betroffen; für den Arzt kann die Bestimmung in Betracht kommen, wenn er im Besitze einer Handapotheke ist, dann wäre ihm verboten, die Mittel an seinem Fenster auszustellen. Die Ankündigung der Mittel an Ärzte und in ärztlichen Zeitschriften ist erlaubt; sie können also auch durch Ärzte, die berufsmäßig im Dienste pharmazeutischer Fabriken die Ärzte aufsuchen, ihnen angeboten werden.

Mit dem § 7 korrespondiert der § 2 des Gesetzes. Wie ersterer den in Deutschland approbierten Ärzten das Recht gibt, allein Geschlechtskranke zu behandeln, so legt der § 2 den Geschlechtskranken die Pflicht auf, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzte behandeln zu lassen, nicht jedoch allen Geschlechtskranken schlechthin, sondern nur denen, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leiden und dies wissen oder den Umständen nach annehmen müssen. Auch die mit Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane Behafteten fallen nicht hierunter.

Wann aber weiß der Geschlechtskranke, daß er an einer ansteckenden Geschlechtskrankheit leidet? Zweifellos dann, wenn er von einem Arzt darüber informiert wurde, oder wenn man es bei seinem Bildungsgrad oder seiner beruflichen Stellung nach annehmen kann, oder wenn es sich z. B. um einen Arzt oder eine sonstige Medizinalperson handelt. Den Umständen nach muß er es wissen, wenn er an seinen Geschlechtsorganen einen verdächtigen Ausschlag, ein Geschwür, einen Ausfluß oder Ähnliches wahrnimmt. Je mehr die Aufklärung auf dem Gebiete der Sexualkrankheiten vorgeschritten ist, um so mehr darf man auch voraussetzen, daß jedermann die ersten Erscheinungen kennt. Natürlich ist der Kranke in der Wahl seines Arztes unbeschränkt; er kann sich auch in einer Poliklinik behandeln lassen. Auch kann er seinen Arzt wechseln, wenn er zu ihm kein Vertrauen mehr hat; er muß es diesem aber mitteilen, um der Anzeige zu entgehen. Nur die Behandlung durch einen Kurpfuscher gilt selbstverständlich nicht als Behandlung im Sinne des Gesetzes, ebenso auch nicht die Behandlung durch einen nicht in Deutschland approbierten Arzt. Der Antrag der Sozialdemokraten im Reichstag, im § 2 die Worte „in Deutschland" zu streichen mit dem Hinweis, daß namentlich an der sächsischen Grenze die Bevölkerung die Gewohnheit habe, in der Tschechoslowakei ansässige Ärzte aufzusuchen, wurde abgelehnt. Dem gleichen Schicksal verfielen Anträge, die darauf abzielten, besondere Behandlungsstätten zu gründen und die Beratungsstellen in Behandlungsstellen zu erweitern. Der Geschlechtskranke, der sich nicht behandeln läßt, kann zwar auf Grund des Gesetzes nicht bestraft werden; es kann ihm jedoch auferlegt werden, nach § 4 ein ärztliches Attest vorzulegen, daß er nicht mit einer Geschlechtskrankheit behaftet ist, auch kann er einer Zwangsbehandlung unterworfen werden.

Es ist vielfach verlangt worden, daß, nachdem den Geschlechtskranken die Pflicht auferlegt wurde, sich behandeln zu lassen, ihnen dafür auch das Recht auf unentgeltliche Behandlung gewährt werden müßte. Mit Rücksicht darauf, daß in Deutschland auf Grund der ausgedehnten Versicherungsgesetzgebung und der Fürsorgegesetze der minderbemittelten Bevölkerung das Recht auch auf unentgeltliche Behandlung von Geschlechtskrankheiten von vornherein zusteht, konnte davon abgesehen werden, die allgemeine unentgeltliche Behandlung zu statuieren. Immerhin wurde bei der letzten Beratung des Gesetzes im Reichstag dem § 2 ein zweiter Absatz zugefügt, daß durch

Digitized by Google

Ausführungsbestimmungen dafür Sorge getragen werden müsse, daß die Behandlung der Minderbemittelten, die keinen Anspruch auf anderweitige ärztliche Behandlung haben oder denen die Behandlung auf Grund einer Versicherung wirtschaftliche Nachteile bringen könnte, aus öffentlichen Mitteln sichergestellt werde.

2. Der Arzt als Fürsorgearzt

Bekanntlich geht die Tendenz des Gesetzes dahin, neben der Behandlung die Fürsorge an Stelle der bisherigen polizeilichen Tätigkeit zu setzen und auf letztere nur dann zurückzugreifen, wenn die übrigen gesetzlichen Maßnahmen nicht ausreichen. Auch bei dieser Fürsorgetätigkeit sind den Ärzten wichtige Aufgaben zugedacht. Grundlegend ist hier der § 3, der die Durchführung der aus diesem Gesetz erwachsenden gesundheitlichen Aufgaben Gesundheitsbehörden überträgt, die sich mit den Beratungsstellen für Geschlechtskranke, den Pflegeämtern und den sonstigen Einrichtungen der sozialen Fürsorge möglichst im Einvernehmen zu halten haben. Die Beamten der Ordnungs- und Wohlfahrtspolizei haben die Durchführung der gesundheitlichen und sozialfürsorgerischen Aufgaben, insbesondere das Eingreifen der Fürsorge Minderjährigen gegenüber, in jeder Weise zu unterstützen.

Was als Gesundheitsbehörde anzusehen ist, ist nicht näher definiert; es können staatliche oder städtische Behörden sein, neu zu bildende oder bereits bestehende. In kleinen Orten wird die Funktion der Gesundheitsbehörde durch den beamteten Arzt ausgeübt werden. Auf alle Fälle muß in der Gesundheitsbehörde die Mitwirkung eines Arztes gesichert sein.

Die Beratungsstellen für Geschlechtskranke erhalten nunmehr offiziellen Charakter, wie dies in Preußen bereits bei den Tuberkulose- und Krüppelfürsorgestellen der Fall ist. Wo sie noch nicht bestehen, müssen sie errichtet werden. Unverständlich ist, daß der § 14 im Entwurf des Gesetzes von 1922, der klar vorschrieb, daß im ganzen Reichsgebiet öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke in ausreichender Zahl errichtet werden müssen, aus dem Gesetze weggeblieben ist. Die Anzeigen im Sinne des § 14 können direkt an die Beratungsstellen erstattet werden, was wohl dann der Fall sein wird, wenn die Beratungsstellen bestimmten Anforderungen entsprechen. Kommt der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nach, so hat diese der Gesundheitsbehörde Kenntnis zu geben (§ 4 letzter Satz).

Wir halten es für erforderlich, daß an die Spitze der Beratungsstellen ein Arzt gesetzt wird, was bis jetzt nicht überall der Fall ist. Ob das Mannheimer System, wobei bekanntlich jeder Arzt die Beratungsstelle in seinem Sprechzimmer hat, in den Rahmen der Organisation eingefügt werden kann, mag zweifelhaft erscheinen.

Die Wahrung des Berufsgeheimnisses in der Beratungsstelle ist durch § 10 gesichert. Wer als Beamter oder Angestellter einer Beratungsstelle unbefugt offenbart, was ihm über Geschlechtskrankheiten eines anderen oder ihre Ursachen oder über die sonstigen Verhältnisse der Beteiligten dienstlich bekannt geworden ist, wird mit Geldstrafe oder mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch die Gesundheitsbehörde stellen. Die Offenbarung ist nicht unbefugt, wenn sie von einem in der Gesundheitsbehörde oder in einer Beratungsstelle tätigen Arzt oder mit Zustimmung eines solchen Arztes an eine Behörde oder eine Person gemacht wird, die ein berechtigtes gesundheitliches Interesse daran hat, über die Geschlechtskrankheit des anderen unterrichtet zu werden.

Der letzte Absatz bringt eine erhebliche Verbesserung gegenüber dem Entwurf von 1922. Dort hieß der letzte Absatz des § 9, daß die Offenbarung nicht unbefugt sei, wenn sie einer Person gemacht wird, die ein berechtigtes Interesse daran hat, über die Geschlechtskrankheit des anderen unterrichtet zu werden. In unseren Ausführungen im Ärztlichen Vereinsblatt[1]) hatten wir darauf hingewiesen, daß dieser Zusatz in dem neuen Entwurf als einzige materielle Änderung von Bedeutung gegenüber dem 2 Jahre vorher der Nationalversammlung vorgelegten Entwurf hinzugefügt worden sei. Auf den ersten Blick habe der Zusatz viel Bestechendes, weil er die Möglichkeit habe, Kollisionen mit dem § 300 RStGB. zu vermeiden. Bei näherem Zusehen habe die Sache jedoch einen Haken, denn der § 300 spricht von Ärzten, Rechtsanwälten und deren Gehilfen; der § 9 des Entwurfes bezieht sich aber auf Beamte und Angestellte einer

[1]) Hanauer, Zwei Abänderungsvorschläge zum Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztliches Vereinsblatt, 1922, S. 206.

Digitized by Google

Gesundheitsbehörde oder Beratungsstelle, also auf nichtärztliche Personen. Die Beratungsstellen stehen zum Teil nicht unter Leitung eines Arztes, sondern eines Laien, welcher die Geschäfte völlig selbständig besorgt. Nichtärzten könne aber unmöglich überlassen werden, zu entscheiden, ob eine Person ein berechtigtes Interesse daran habe, über die Geschlechtskrankheit eines anderen unterrichtet zu werden. Das zu entscheiden ist nur der Arzt kompetent. Das Gesetz müsse also nach dieser Richtung geändert werden. Zu unserer Genugtuung ist nunmehr im geltenden Gesetze ausdrücklich bestimmt worden, daß eine Offenbarung dann nicht als unbefugt gelten kann, wenn sie von einem in der Gesundheitsbehörde oder in der Beratungsstelle tätigen Arzte ausgeht oder mit Zustimmung eines solchen gemacht wird.

Mit der Aufklärung der Bevölkerung über die Geschlechtskrankheiten beschäftigt sich der § 12. Danach sind Vorträge, Schriften, Abbildungen, die nur der Aufklärung über die Geschlechtskrankheiten, insbesondere ihrer Erscheinungsformen dienen, straflos, soweit sie nicht unter die Strafbedingungen des § 7 fallen, d. h. Ratschläge für die Selbstbehandlung erteilen. Hier ist zum ersten Male die hygienische Volksaufklärung gesetzlich verankert. Gegenüber den Stimmen, welche neuerdings an einem Zuviel an ärztlicher Volksaufklärung warnen oder gar sie für ehrengerichtlich strafbar halten, wird sich der Arzt nunmehr auf diesen Paragraphen berufen können. Eine spezielle individuelle Aufklärung durch den Arzt sieht § 14 Ziffer 3 vor. Danach wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr oder Geldstrafe bestraft, wer ein sonst geschlechtskrankes Kind, für dessen Pflege er zu sorgen hat, von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, ohne sie vorher über die Krankheit und die gebotenen Vorsichtsmaßnahmen durch einen Arzt mündlich unterweisen zu lassen. Da Absatz 2 des § 14 von einem syphilitischen Kind spricht, so kann es sich hier bei dem „sonst geschlechtskranken Kinde" nur um Gonorrhoe handeln.

§ 13 ermächtigt die Reichsregierung, das In-Verkehr-Bringen von Mitteln oder Gegenständen, die zur Verhütung der Geschlechtskrankheiten dienen sollen, von dem Ergebnis einer amtlichen Prüfung abhängig zu machen und das In-Verkehr-Bringen hierfür nicht geeigneter Gegenstände zu verbieten. Natürlich betroffen auch Ärzte werden, die neue Schutzmittel chemischer oder technischer Art einführen wollen. Einen Fortschritt bildet die Ziffer § 16 II. Demnach ist die öffentliche Ankündigung, Anpreisung und Ausstellung von Mitteln, Gegenständen und Verfahren, die zur Verhütung von Geschlechtskrankheiten dienen, nur verboten, wenn dies in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise geschieht im Gegensatz zu dem bisherigen Rechtszustande, nach dem die Ankündigung überhaupt verboten war. Zu wünschen ist nur, daß das, was „Sitte oder Anstand" verletzt, nicht zu weitgehend ausgelegt werde.

3. Der Arzt als Sachverständiger

Der wichtigste Paragraph für die ärztliche Sachverständigentätigkeit ist der § 4 des Gesetzes. Danach kann die zuständige Gesundsheitsbehörde Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, anhalten, ein ärztliches Zeugnis, nur in begründeten Ausnahmefällen ein von einem durch die zuständige Gesundheitsbehörde genannten Arzte ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen.

Dieser Paragraph bildet einerseits den Ersatz für die aufgehobene Reglementierung, andererseits, wie bereits betont, das Korrelat zum § 2. Nicht jeder Geschlechtskranke kann angehalten werden, ein Zeugnis beizubringen, sondern nur, wer dringend verdächtig ist, geschlechtskrank zu sein und die Krankheit weiter zu verbreiten. Als solche dringend Verdächtige werden vor allem solche zu gelten haben, die gewerbsmäßig die Prostitution ausüben, namentlich wenn sie sich gegen Vorschriften des § 16 III und IV vergehen (Aufforderung zur Unzucht oder Nachgehen der Unzucht in verbotenen Bezirken und Wohnungen). Das betrifft also die bisher eingeschriebenen aber auch die heimlichen Dirnen, wobei allerdings nunmehr der offizielle Unterschied zwischen beiden Kategorien wegfällt. Als dringend verdächtig können weiterhin in Betracht kommen unter Umständen Kellnerinnen in Animierkneipen, Aufgegriffene, bei Razzien Ausgehobene. Es fallen weiter unter den Paragraph solche, welche denunziert werden, wobei jedoch anonyme Anzeigen nicht berücksichtigt werden dürfen und auch bei Namensangabe der Anzeigende zuerst mündlich über die Richtigkeit seiner Angaben vernommen werden muß. Vom § 4 werden ferner betroffen solche, die sich der ärzt-

Digitized by Google

lichen Behandlung und Beobachtung entziehen. Natürlich gilt der Paragraph ohne Ansehen des Geschlechtes, u. a. können Zuhälter in den Bereich der Bestimmung fallen.

Die Ausstellung des ärztlichen Zeugnisses verlangt von dem Arzt ein besonderes Maß von Sachkunde und Sorgfalt. Mit der einfachen Inspektion und der Feststellung, daß Geschlechtskrankheit nicht nachweisbar ist, wird es in Zukunft nicht mehr getan sein. Die Feststellung wird vielmehr unter Anwendung aller modernen Untersuchungsmittel zu erfolgen haben, und der Arzt, welcher die mikroskopischen, bakteriologischen und serologischen Untersuchungsmethoden nicht beherrscht, wird lieber die Ausstellung des verlangten Zeugnisses ablehnen. Primär ist zur Ausstellung desselben, das voraussichtlich auf einem einheitlichen Formular zu erfolgen haben wird, jeder approbierte Arzt berechtigt. Nur in begründeten Ausnahmefällen kann die verdächtige Person angehalten werden, das Zeugnis eines „benannten" Arztes, der aber kein beamteter Arzt oder Polizeiarzt zu sein braucht, beizubringen. Das wird dann der Fall sein, wenn der Arzt, der das Zeugnis ausgestellt hat, im Verdacht steht, daß er bei Ausstellung derartiger Atteste eine allzu große Konivenz zeigt. Das Gesetz zeigt hier eine gewisse Analogie mit dem Impfgesetz. Von vornherein kann jeder approbierte Arzt Impfbefreiungszeugnisse ausstellen. Fällt aber ein Arzt dadurch auf, daß er besonders freigebig im Ausstellen derartiger Atteste ist, so kann die Behörde verlangen, daß für den Impfling das Zeugnis eines beamteten Arztes beigebracht wird, um einwandfrei festzustellen, ob wirklich ein Grund zur Impfbefreiung vorliegt.

Als Sachverständiger kann der Arzt ferner in Anspruch genommen werden, wenn es sich um Vergehen gegen § 5, den Gefährdungsparagraphen, und § 6, das Eingehen der Ehe eines mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskranken, handelt. Zu § 5 ist noch zu bemerken, daß auch beide Partner geschlechtskrank sein können; auch diesen ist der Geschlechtsverkehr verboten. Der Arzt wird, wenn er hier als Sachverständiger vernommen wird, sich darüber auszusprechen haben, ob eine mit Ansteckungsgefahr verbundene Geschlechtskrankheit vorliegt. Endlich ist die ärztliche Sachverständigentätigkeit notwendig, wenn es sich um Übertretungen der Vorschriften handelt, die sich auf die Stilltätigkeit beziehen (§ 14 und 15), also die Feststellung, ob bei der Amme oder dem Kinde Geschlechtskrankheiten vorliegen oder ob sie frei davon sind. Nach § 15 muß die Amme, die ein fremdes Kind stillt, im Besitze eines unmittelbar vor dem Antritt der Stelle ausgestelltes ärztliches Zeugnis sein, welches darüber Auskunft gibt, daß bei ihr keine Geschlechtskrankheit nachweisbar ist. Derjenige, der eine Amme in Dienst nimmt, muß sich davon überzeugen, daß sie im Besitze eines solchen Zeugnisses ist. Wer ein Kind von einer anderen Person als der Mutter stillen läßt, muß ebenfalls im Besitze eines ärztlichen Zeugnisses sein, daß eine gesundheitliche Gefahr für die Stillende nicht besteht. Hier ist darauf hinzuweisen, daß der Nachweis der kongenitalen Lues bei Neugeborenen nicht immer leicht ist.

Zu dem Gesetz werden seitens der Reichsregierung Ausführungsbestimmungen erlassen werden, auf welche im § 2 Absatz 2 hingewiesen ist. Diese werden voraussichtlich auch die Erläuterungen der Reichsregierung darüber enthalten, welche ärztliche Eingriffe unter § 4 fallen. Es ist zu wünschen, daß vor dem Erlaß dieser Ausführungsbestimmungen ärztliche Sachverständige ausreichend gehört werden, da sie voraussichtlich nähere Vorschriften über die ärztliche Tätigkeit bei Ausführung des Gesetzes enthalten werden. Daneben werden aber auch die Länder zur Unterstützung bei Durchführung des Gesetzes herangezogen, indem nach § 18 die zur Durchführung desselben insbesondere für das Zusammenwirken der Behörden mit den Einrichtungen der sozialen Fürsorge notwendigen Vorschriften von der obersten Landesbehörde erlassen werden.

Zum Schlusse noch einige Worte darüber, wie weit das Gesetz in der Lage ist, die ärztliche Wissenschaft zu befruchten und wie es sich für die Ärzte in wirtschaftlicher Beziehung auswirken wird.

Das Gesetz ist ein Gesundheitsgesetz ersten Ranges, das an Bedeutung zweien anderen wichtigen hygienischen Gesetzgebungswerken, dem Impfgesetz und den Arbeiterversicherungsgesetzen, gleichzustellen ist. Wie bei dem Impfgesetz die hygienische Tätigkeit des Arztes allein in Betracht kommt, bei den Versicherungsgesetzen in erster Linie die therapeutische, so wird bei dem Gesetz über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die heilende und soziale hygienische Tätigkeit des Arztes in gleicher Weise beansprucht.

Jedes Gesundheitsgesetz wirft neue Probleme auf. Die Gesetzgeber sind Laien. Sie kennen nicht den Stand der ärztlichen Wissenschaft und ihre Grenzen. Sie stellen daher mehr Fragen, als der Arzt beantworten kann. Man denke hier an die Kranken-

Digitized by Google

und Unfallversicherung, an die neue Verordnung über die Entschädigung der Berufskrankheiten. Neue Fragestellungen, neue Probleme tauchen auf, die gelöst werden müssen. Die Wirkung solcher Gesetze kann auf die Wissenschaft in engerem Sinne sehr förderlich sein. Ohne Übertreibung darf behauptet werden, daß die Wissenschaft der Unfallbegutachtung erst durch die Paragraphen des Unfallgesetzes begründet wurde und daß auch die Unfallbehandlung durch das Gesetz starke Antriebe erfahren hat. So wird zweifellos auch die Venereologie durch das neue Gesetz in wissenschaftlicher Hinsicht zahlreiche Befruchtungen und Anregungen erfahren.

Es ist wiederholt betont worden von ärztlicher und nichtärztlicher Seite, daß der Gesetzgeber den Ärzten mit diesem Gesetze, in dessen Mittelpunkt sie gestellt sind, ein hohes Maß von Vertrauen erwiesen hat. Dieses Vertrauens müssen sie sich nun auch dadurch würdig erweisen, daß sie, wenn sie gewissenhaft an der Handhabung des Gesetzes mitarbeiten wollen, die Verpflichtung empfinden, sich wissenschaftlich auf der Höhe zu halten und alle Errungenschaften der modernen Venereologie sich zu eigen zu machen. Es ist nicht verwunderlich, daß nach bekanntem Schema auch jetzt wieder Stimmen vernommen werden, die verlangen, daß Fortbildungskurse für die Ärzte auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten veranstaltet werden. Wir sind der Ansicht, daß Ärzte, welches dieses Fach gründlich beherrschen, diese Fortbildungskurse nicht brauchen, und Ärzte, die dieser Ausbildung entbehren, die Wissenschaft auch in 14 Tagen nicht erlernen.

Man hat behauptet, daß das neue Gesetz die wirtschaftlichen Verhältnisse, vor allem der Fachärzte für Geschlechtskrankheiten, ungünstig beeinflussen würde, da der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten zu ihrer vollständigen Ausrottung durch systematische lückenlose Behandlung der Erkrankten und Ausschaltung der neuen Infektionsquellen führen würde. Man weist hier u. a. darauf hin, daß in Schweden durch das Gesetz vom Jahre 1918 ein starker Rückgang der Lues und des weichen Schankers zu verzeichnen war[1]). Eine Abnahme wird auch in Deutschland zu verzeichnen sein. Wir vermögen aber leider nicht so optimistisch zu denken, daß wir eine Ausrottung der Lues in absehbarer Zeit für möglich halten. Man kann hier die Lues nicht ohne weiteres mit den Blattern vergleichen, da die Verhältnisse bei beiden Krankheiten doch ganz verschieden gelagert sind. Was die Abnahme der Syphilis durch Ausschaltung neuer Infektionsquellen anlangt, so wird hier vor allem vergessen, daß diese ja jederzeit aus dem Auslande neu importiert werden kann, wo sie nicht oder nur ungenügend bekämpft wird. Es wäre daher zunächst eine internationale Bekämpfung der Lues nötig, zu welcher wir vielleicht noch kommen werden. So glaubt auch Gumpert[2]), daß mit Rücksicht darauf, daß Westeuropa für die gesamte Weltlage der Syphilis, die doch in riesigen Gebieten der Erde noch endemisch herrsche und dort bis zu 80% der Bevölkerung befalle, keine allein entscheidende Rolle spielen könne, daher die Syphilisgefahr in naher Zukunft noch nicht überwunden sei. Im Hinblick darauf, daß die Syphilis in ihrer Zu- und Abnahme periodischen Schwankungen unterliege und wellenförmig verlaufe, glaubt der Autor, daß mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten stehe, daß die Syphilis in den nächsten Jahren wieder zunehmen werde. Er fürchtet sogar, daß für diese Zunahme die bevorstehende gesetzliche und soziale Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verantwortlich gemacht werden könne.

Ganz abgesehen von der Zu- und Abnahme der Lues glauben wir, daß eine wirtschaftliche Schädigung der Ärzte wenigstens für die nächste Zeit nicht in Betracht kommt. Es wird im Gegenteil durch den indirekten Behandlungszwang eine starke Inanspruchnahme der Ärzte, namentlich der Fachärzte, zu erwarten sein. Die praktischen Ärzte werden die Worte Jadassons[3]) beherzigen, sie werden mit Rücksicht auf die schwere Verantwortung, welche auf ihnen ruht, peinlichst darauf bedacht sein, sich der Grenzen bewußt zu bleiben, wie weit ihre eigenen Kenntnisse reichen und wo der Facharzt unerläßlich ist. Es wird daher eine viel stärkere Zuweisung der Geschlechtskranken an die Fachärzte erfolgen. Nicht zu vergessen ist endlich, daß eine starke Beanspruchung der Ärzte als Sozialhygieniker, Fürsorgeärzte, Gutachter einsetzen wird und daß auch diese Tätigkeit nicht unentgeltlich geleistet zu werden braucht.

---

[1]) Berger, Was lehrt uns die Statistik der Geschlechtskrankheiten? Reichsgesundheitsblatt, 1926, I. Beiheft. — [2]) Buschke, Gumpert und Lange, Zur Kenntnis der Epidemiologie der venerischen Krankheiten. M. m. W., 1927, Nr. 19. — [3]) Jadasson, Zur Annahme des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Mitteilungen der deutschen Gesellsch. zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1927, Nr. 3.

Digitized by Google

So dürfen wir als Ärzte und Hygieniker dem neuen Gesetz nicht pessimistisch, sondern mit frohen Hoffnungen entgegensehen. Die deutschen Ärzte werden auch hier ihren Mann stellen und das auf sie gesetzte Vertrauen rechtfertigen. Sie allein sind imstande, vermöge ihrer Ausbildung und ihres Verantwortungsbewußtseins den Anforderungen des Gesetzes zu genügen, und gerade unsere Ausführungen mögen zeigen, daß nur die Ausschaltung der Heilkünstler imstande ist, die lückenlose Handhabung des Gesetzes zu ermöglichen. Wird doch hier vom Arzte mehr verlangt, wie gerade die Behandlung der Kranken. Auch die fürsorgerische und begutachtende Tätigkeit, die im Rahmen des Gesetzes unerläßlich ist, kann nur von fachlich gebildeten Medizinalpersonen geleistet werden.

Bemerkung zu dem Artikel: „Serodiagnostik der Gonorrhoe und Tuberkulose mittels Aktivmethode (HR)" von Privatdozent Dr. HUGO HECHT [1])

Von

Prof. OPPENHEIM in Wien

In oben zitiertem Artikel schreibt HECHT folgenden Satz: „Die Komplementbindung bei Gonorrhoe hat 1906 BRUCK und gleichzeitig und unabhängig von ihm MÜLLER und OPPENHEIM mit einer Technik versucht, die der damaligen Komplementbindung bei Syphilis ähnlich war." Diesbezüglich ist zu bemerken, daß unsere erste Mitteilung unter dem Titel: „Nachweis von Antikörpern im Serum eines an Arthritis gonorrhoica Erkrankten mittels Komplementablenkung" im Heft Nr. 29 der W. klin. W. 1906 erschienen ist, während die Mitteilung BRUCKS im Heft Nr. 34 der D. m. W. mit dem Titel: „Über spezifische Immunkörper gegen Gonokokken" herauskam. BRUCK selbst bezieht sich in dieser Arbeit auf unsere Mitteilung und bestätigt sie. Der Wortlaut der Sätze bei BRUCK lautet: „In Nr. 29 der W. klin. W. veröffentlichen MÜLLER und OPPENHEIM einen Befund, den sie an dem Serum eines an Arthritis gonorrhoica leidenden Patienten erheben konnten usw. . . Diese Publikation gibt mir Veranlassung, in Kürze Versuche mitzuteilen, die ich in gleicher Richtung anstellte und die mich wenigstens teilweise zu denselben Ergebnissen führten wie die der genannten Autoren", ferner weiter unten: „Es geht also aus den mitgeteilten Fällen in Übereinstimmung mit dem Befunde von MÜLLER und OPPENHEIM hervor usw."

Der Schluß unserer ersten Mitteilung hat gelautet: „Es ist zum erstenmal einwandfrei gelungen, im Serum eines an Arthritis gonorrhoica Erkrankten Antikörper nachzuweisen." Wir haben dann 1907 in einer 2. Mitteilung im Bericht des internationalen derm. Kongr. New York unsere 1. Mitteilung erweitert. Die ungenaue Fassung HECHTS steht im Widerspruch zu den historischen Angaben, die wir in unseren Vorlesungen, Kursen und Veröffentlichungen machen, und wäre demnach geeignet, uns bloßzustellen. Zweck dieser Bemerkung ist demnach nur den wahren Sachverhalt richtig wiederzugeben, und es sollen durch sie nicht Prioritätsrechte besonders geltend gemacht werden.

[1]) Derm. W., Bd. 84, Heft 20, vom 14. Mai.

Digitized by Google

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 31. März 1927

Vorsitzender: Fasal Schriftführer: Gruß

E. Spitzer: **Pityriasis versicolor alba.** Bei dem sonnengebräunten Pat. täuschen die weißen, einer Vitiligo ähnlichen Pityriasisefloreszenzen auf der pigmentierten Haut ein kleinmakulöses Leukoderma vor. In den weißen Pityriasisefloreszenzen finden sich zahlreiche Pilze von Mikrosporon furfur.

Ullmann: 1. **Naevokarzinom.** Betrifft den in der Sitzung vom 28. Januar vorgestellten Fall von Tumor an der Fußsohle. Die Probeexzision vom Rande ergab einen Naevus mit relativ geringem Pigmentgehalt. Weitere Untersuchungen von anderen Pat. des in toto exstirpierten Tumors ergaben aber ein Naevokarzinom mit allen Merkmalen eines strangförmig sich vom Naevus nach abwärts ziehenden, großzelligen, stark mit sauren Farbstoffen färbbaren Neoplasmas. Auffallend ist der geringe Pigmentgehalt im Naevusgebiet. Nach der Totalexstirpation in der Umgebung entstandene kleine, schwarze, punktförmige Gebilde, mahnen an Rezidive. Die Frage der radikalen Operation ist chirurgisch noch nicht entschieden.

2. **Lichen ruber planus.** Der 30jähr. Betriebsangestellte zeigt Lichen-ruber-ähnliche Erscheinungen am Handrücken in Form umschriebener, lividvioletter, zum Teil schuppender, aber nirgends zur Atrophie neigender Plaques und graublaue, leicht schuppende, deutlich parakeratotische Veränderungen am Prolabium beider Lippen. An der Wangenschleimhaut, besonders links, eigenartige graue, wie aus kleinsten, dicht nebeneinandergestellten Absumptionen zusammengesetzte Plaques. In den Volae manus hyperkeratotische, strangförmige Infiltrate nebst kleinen violetten Infiltraten in der Umgebung. Am Körper zahlreiche, leicht atrophische, wenig pigmentierte Scheibchen. U. weist auf die Ähnlichkeit der Schleimhautveränderungen mit Lupus erythematosus hin. Der Fall bietet einen weiteren Beweis für die Polymorphie klinischer Erscheinungen der Dermatosen, die durch die individuellen Ernährungsverhältnisse verschiedener Hautregionen ihre Erklärung findet.

3. **Acne necrotica.** 29jähr. Pat., der seit 7 Jahren an typischer Acne necrotica sive varioliformis (Boeck) leidet. Sitz Stirnhaargrenze, behaarte Kopfhaut, Schläfen-, Augenbrauengegend und Gesichtshaut. U. kündigt Bericht über ätiologische Versuche mit Kraus an. Über die Infektiosität und exogene Natur eines Virus animatum besteht für ihn kein Zweifel. Röntgentherapie gibt nach U.s Erfahrung noch die besten Resultate.

Oppenheim: 1. **Wangensklerose mit großpapulösem Syphilid.** 52jähr. Schlosser. An der rechten Wange talergroße, typische Sklerose mit regionärer, mäßiger Drüsenschwellung. Großpapulöses, zum Teil schuppendes, zum Teil entzündlich gerötetes Exanthem an Stamm und Extremitäten, Psoriasis plantaris. Infektionsmodus: Schnitt mit dem Rasiermesser beim Friseur.

2. **Pityriasis lichenoides chronica.** Der Fall wurde bereits in der Januarsitzung des vorigen Jahres vorgestellt, nur zeigt er mehr Hämorrhagien und ein deutliches Leukoderma über Rücken und Schultern. Einzelne der Leukodermaflecken zeigen im Zentrum eine graue, scharf umgrenzte Hyperpigmentation. Der Fall unterscheidet sich von den von Mucha, Rusch, O. und Habermann publizierten Fällen dadurch, daß er chronisch ist (Dauer $1^1/_2$ Jahr) und hämorrhagische Effloreszenzen hat. Wie die meisten dieser Fälle zeigt auch er eine überstarke Pirquet- und Mantouxsche Reaktion.

Geiger: 1. **Exulzeriertes, gummöses Infiltrat der Nase.** Anamnese nach allen Richtungen negativ. 46jähr. Pat., der seit April 1926 an dem Geschwürsprozeß leidet: teilweise Zerstörung der Nase, des knorpeligen Septums und der Alae. Ulkus mit nekrotischen und eingetrockneten Sekretmassen bedeckt. Rand wallartig, mächtig infiltriert, derb, schmerzlos. Keinerlei Knötcheneffloreszenz. Differentialdiagnostisch wird Lues und Tuberkulose, Karzinom, Blastomykose, chronischer Rotz erwogen. SWR, Luetin-Pirquet-Malleinreaktion negativ. Wiederholte Abstrichpräparate ergaben keinerlei Besonderheiten. Histologisches: Dicht zusammengeschlossenes, die ganze Kutis durchsetzendes Infiltrat, das vor allem aus Epitheloidplasmazellen besteht, daneben spärlicher Lymphozyten, unregelmäßig Riesenzellen eingestreut. Wandungen der Ge-

Digitized by Google

fäße verdickt, Endothel teilweise abgehoben, Elastika zerstört, Nekrose, auch inmitten der Epitheloidzellager, dort und da Zell- und Kernzerfall.

2. **Hydroa vacciniformis.** 46jähr. Pat., der seit seinem 26. Lebensjahr an einer alljährlich im März und April beginnenden, bis Oktober-November andauernden Dermatose im Gesicht und am Dorsum beider Hände leidet. Im Winter erscheinungsfrei. Zur Zeit nur Krustenauflagerungen an Nasenspitze, Wangen und Ohren, von denen einzelne unter das Niveau der umgebenden Haut einsinken. Hämatoporphyrinurie in Spuren. Bestrahlungs- und Desensibilisierungsversuche im Gange.

3. **Sekundäre, autochthone Lymphogranulomatosis cutis.** 52jähr. Mann, der im Oktober 1926 an einer Drüsenschwellung in der linken Axilla erkrankte. Seit 8. Januar Hauterscheinungen, die an Ausdehnung immer zunehmen, so daß nun der Pat. die ganze linke Brusthälfte vom zum Teil im Niveau der Haut liegenden Tumoren verschiedener Größe, zum Teil über das Niveau der Haut erhabenen Tumoren eingenommen zeigt. Haut darüber hellrot bis lividrot. Axillardrüse hühnereigroß, derb, schmerzlos, Supraklavikulardrüsen wallnußgroß. Intern: Milzschwellung. Blutbefund: Außer 16% Eosinophilie nichts Bemerkenswertes. Histologisches: Im Stratum reticulare scharf umschriebene Zellanhäufungen von polymorphem Zellcharakter: Lymphozyten, epitheloide, relativ reichlich eosinophile, daneben Zellen mit großen runden bis ovalen, hier und da klumpig zu zweit und dritt zusammenliegenden Kernen (Paltauf-Sternbergsche Riesenzellen). Drüse (Prof. Sternberg): Chronische Entzündung mit starker Endothelproliferation. Für Lymphogranulomatose liegt kein typischer Befund vor, doch kann ein frühestes Anfangsstadium nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Der Fall wird zur Diskussion gestellt.

Stein weist auf die Ähnlichkeit hin, welche diese Form der Hautlymphogranulomatose klinisch mit dem cancer en cuirasse zeigt.

Hirschbüchler: **Sclerosis orificii nasi.** 36jähr. Mann. Schwellung der linken Nasenseite. Am Naseneingang rotbraune glänzende Erosionen auf indurierter Basis, stellenweise mit Krusten bedeckt. In der linken Submaxillargegend eine haselnußgroße, harte, indolente Drüse. Makulo-papulöses Exanthem. Seroreaktion positiv.

Planner: **Malignes ulzero-krustöses Syphilid.** 28jähr. Pat. 1920 Sklerose mit positiver WR, durch 3 Jahre wiederholte (7) Neosalvarsan-Hg-Kuren. WR seither negativ. Im November 1926 Ulcus molle. WR jetzt positiv, weshalb eine antiluetische Therapie eingeleitet wurde. Nach 11 Hg- und 5 Neosalvarsaninjektionen à 0,45 traten im Januar Erscheinungen auf, die sich während der folgenden Wochen vermehrten, so daß Pat. am 26. Februar die Klinik aufsuchte. Neben großmünzengroßen Ulzerationen in der Präaurikulargegend und am Rücken zeigt der Pat. krustöse Papeln am behaarten Kopf, furunkuloide Affekte im Bart und einige disseminierte lentikuläre und numuläre Papeln am Stamm. Drüsenschwellungen fehlen. Luetin-R. zunächst pustulös, zeigt in den folgenden 2 Wochen die allmähliche Entwicklung eines kleinmünzengroßen, im Zentrum zerfallenden Infiltrates, das gegenwärtig nur mehr in Resten vorhanden ist. Ein gleichzeitig vorgenommener Superinfektionsversuch, durch Einreiben eines Tropfens spirochätenhaltigen Reizserums einer Sklerose auf eine skarifizierte Hautstelle von 0,5 × 0,5 cm am Vorderarm, entwickelte sich bis heute zu einem $1^1/_2 \times 1^1/_2$ cm großen infiltrierten und exulzerierten Affekt, analog den spontan entstandenen, zeigt also gegenüber der Luetin-R. ausgesprochen progressive Tendenz. Die Frage, ob das in Rede stehende Exanthem eine durch ihre Reichlichkeit ungewöhnliche hämatogene Rezidive der Lues aus dem Jahre 1920 darstellt, oder ob es sich beim Ulcus molle vom November nicht um ein Ulcus mixtum handelte, die Erscheinungen demnach auf eine Reinfektion zu beziehen seien, kann nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Jedenfalls vermehrt der Fall die in letzter Zeit häufiger gemachte Beobachtung, daß während einer antiluetischen, hier allerdings nicht besonders intensiven Therapie Symptome von malignerem Charakter sich entwickeln.

Wertheim: **Hyperkeratosen an den Fingergelenken.** 52jähr. Pat. Seit $^1/_2$ Jahr umschriebene schwielenartige Bildungen an den Dorsalflächen der Metakarpophalangeal- und Interphalangealgelenke beiderseits, vollkommen symmetrisch. Einzelne gleichartige Veränderungen an den Flachhänden, ebenfalls symmetrisch. Für As-Keratose oder gewerbliche Schädigung kein Anhaltspunkt.

Oppenheim: **Heilung von Gummen und Elephantiasis syphilitica durch Spirozid.** Pat. wurde in der letzten Sitzung vorgestellt. Derzeit, nach 9 g Spirozid, ist die manschettenförmige Elefantiasis des linken Beines verschwunden, sämtliche Geschwüre, auch die tiefsten, sind überhäutet.

Digitized by Google

Riehl: **Tuberculosis fungosa cutis.** 34jähr. Frau. Vor 7 Jahren Beginn der Krankheit in der linken Leistengegend in Form von Knoten und Geschwüren auf Grund einer nach Erkrankung der Inguinaldrüsen aufgetretenen Fistel. Vom Darmbeinkamm bis auf das große Labium sich erstreckend eine 5—7 cm breite Zone geschwürig zerfallener Knoten. R. bespricht die Einreihung des Krankheitsbildes, das sich auch histologisch als Tuberkulose erweist, und stellt es den seinerzeit von ihm beschriebenen über tuberkulösen Gelenkserkrankungen auftretenden fungösen Wucherungen gleich. (Tuberculosis fungosa cutis.) Der Fall wird ausführlich publiziert werden.

Fuhs: 1. **Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmaris et plantaris.** 46jähr. Mann. Vater und ältere Schwester zeigen das gleiche Leiden. An den Beugeseiten der Hände und Finger, sowie an den Fußsohlen stecknadelkopf- bis erbsengroße, zentral gedellte, von wallartigem Rand umgebene hyperkeratotische Effloreszenzen von schmutzig gelbbrauner Farbe, zum Teil an Stelle des Grübchens ausschälbarer Hornpfropf, Hyperidrosis. Der Fall gehört in die Gruppe der kleinherdförmigen, kongenitalen symmetrischen Palmar- und Plantarkeratosen. Es wird auf eine Reihe weiterer in früheren Jahren an der Klinik beobachteter einschlägiger Fälle mit durchwegs feststellbarem Vorkommen der Affektion in der Aszendenz verwiesen. Auch die nicht hereditär begründeten Fälle, wie solche u. a. von Oppenheim, Lipschütz in der W. derm. Ges. demonstriert wurden, dürften nur eine Variation der Keratodermie mit ausgesprochenem Erbcharakter darstellen, indem die zunächst durch normale Qualitäten überdeckte erbliche Disposition durch hinzukommende endokrin-sympathische Reizstörungen zur Auslösung gelangen könnte.

2. **Papulo-nekrotisches Tuberkulid.** 7½jähr. Mädchen. Vor 8 Wochen Masern, vor 6 Wochen Ausbruch zahlreicher Knötchen. Derzeit besonders ausgeprägt an Streckseiten von Händen und Vorderarmen; ad nates, sowie an Gesicht und angrenzenden Halspartien bis linsengroße, derbe, blaurote Knötchen, zum Teil mit zentraler Nekrose.

3. **Lichen planus der Mundschleimhaut.** 15jähr. Mädchen mit bläulichweißen opalisierenden, in kleinen Plaques gruppierten, punktförmigen Fleckchen und vereinzelten Ringen an der Wangenschleimhaut beiderseits. Haut o. B. Bestand der Affektion 1 Jahr.

4. **Sclerodermia diffusa.** Bei dem 23jähr. Mädchen traten die ersten Erscheinungen im 11. Lebensjahre auf. Die Haut des Gesichts maskenartig verändert, Stirnrunzeln, Lidschluß, Öffnen des Mundes, Pfeifen eingeschränkt. Gelblichbraune Farbe und matter Glanz der Gesichtshaut, deutliche Verhärtung, nur an Wangen und Nase leichte Atrophie mit fleckförmigen Teleangiektasien. Von der übrigen Haut sind vor allem die Partien an Vorderarmen und Händen, Fußrücken und angrenzenden Unterschenkeln krankhaft verändert. Die Haut zeigt, abgesehen von einem gelblichbraunen, einen ausgesprochen lividen Farbenton, fühlt sich kühl an und ist speziell an den in Beugestellung fixierten Fingern der Unterlage dicht anliegend und verhärtet. Die Finger erscheinen gegen die Spitzen zu deutlich verjüngt. Int. und Nerv. bef. o. B. Knochenveränderungen an den Endphalangen der Finger röntgenologisch feststellbar.

5. **Morphaea.** 39jähr. Frau mit handtellergroßer Plaque von unregelmäßiger Begrenzung in der linken Oberbauchgegend. Haut schmutzig gelbweiß- bis braun verfärbt, matt glänzend, in den tieferen Schichten derb, oberflächlich leicht gefältelt, atrophisch. An der Peripherie eine livide Verfärbung schwach angedeutet.

Matras: **Neurinome.** 28jähr. Frau, mit dichtstehenden, stecknadelkopf- bis über erbsengroßen, blaßgelblichen bis gelbrötlichen Knoten von mäßig derber Konsistenz an der Außenseite des linken Oberarmes und des Ellbogengelenkes. Auf Druck und Temperaturreize überaus heftige Schmerzempfindung. Histologisches: Vielfach einander sich durchflechtende Bündel von markhaltigen Nervenfasern in unregelmäßiger Anordnung ohne irgend welche Beimengung bindegewebiger Elemente. Nach van Gieson reine Gelbfärbung in den knotigen Formationen.

Arzt: **Mollusca contagiosa.** 57jähr. Frau, seit 6 Monaten Affektion an der Stirn. Bisher mit Salben behandelt. In der mittleren Stirngegend sehr zahlreiche, am Kapillitium und im Gesicht vereinzelte stecknadelkopf- bis bohnengroße, runde, derbe Tumoren von gelblichweißer Farbe, im Zentrum leicht gedellt. Ähnliche Effloreszenzen an der Brust. Histologisches: Typische Mollusca contagiosa.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Venerologia und Dermatologia (Moskau)

1907, Nr. 4

Zur Frage der Einführung von Medikamenten in die Submukosa der unteren Nasenmuschel, von Keropjan. Verf. hat 120mal Injektionen von verschiedenen Medikamenten (NS, Urotropin, Ca chlor. und NaBr), nach der Methode von Poll, in die Nasenmuschel vorgenommen und bestätigt, daß diese Methode sehr bequem, technisch leicht durchführbar, dabei ungefährlich und ebenso wirksam wie die intravenösen Injektionen ist.

Zur Prophylaxe der angeborenen Syphilis, von Schestakowa. In der Krupsk'schen Entbindungsanstalt in Moskau wußten 67,5% der latent syphilitischen Frauen nichts von ihrer Lues. Nur bei einer engen Fühlung zwischen den Entbindungsanstalten, den sog. Konsultationen und den venerologischen Dispensären ist daher eine prophylaktische Bekämpfung der Erbsyphilis möglich.

Zur Frage des Exanthema subitum, von Rosentul und Chlebnikoff. Das masernähnliche Exanthem tritt nach Abfall einer 3—4 Tage anhaltenden Temperatursteigerung plötzlich auf, hält 24—48 Stunden an und verschwindet ohne Schuppenbildung. Katarrhalische Erscheinungen seitens der Respirationsorgane fehlen.

Ein Fall von akuter Parapsoriasis, von Silbermann und Rossiansky. Der klinisch und histologisch für Parapsoriasis sprechende Fall genas nach etwa einem Monat.

Zur Frage des syphilitischen Ursprungs der Ichthyosis, von Agronik. Ein Zusammenhang der Ichthyosis mit Syphilis ist zwar glaubwürdig, aber nicht genügend begründet.

Ein Fall von Parapsoriasis en gouttes und en plaques, anscheinend tuberkulösen Ursprungs bei einem Syphilitiker, von Besproswannaja. Der bei einem Syphilitiker seit 13 Jahren bestehende, an ein psoriasiformes Syphilid erinnernde Ausschlag verging nicht unter wiederholten spezifischen Kuren, so daß die Diagnose Parapsoriasis lauten mußte, welche bei dem Vorhandensein einer Lungentuberkulose (1. und 2. Grades) und einer starken Alttuberkulinreaktion auf Tuberkulose zurückzuführen sein dürfte.

Zur Frage der Vakzinetherapie des Trippers beim Mann, von Petschnikoff. Die besten Resultate bei blennorrhoischen Komplikationen wurden erhalten bei Anwendung einer urotropinisierten Vakzine mit der Anfangsdosis von 100 Mill. Einheiten und der Enddosis von 600 Mill. bis 1—2 Milliarden Einheiten.

Die Prinzipien der Tripperbehandlung, von Saigraeff. Die bei den Janetschen Spülungen durch die heiße Lösung hervorgerufene Hyperämie ist die einzige pathologisch-anatomisch begründete Methode der richtigen Tripperbehandlung. Die Wirkung der Hyperämie beruht auf dem Prinzip der Reizung der Zellen, welche aus dem äußeren Reizfaktor und der konstitutionell bedingten Reaktionsfähigkeit des Gewebes besteht.

Praktische Bedeutung der Serodiagnostik der Syphilis mit aktivem Serum, von Bojewskaja. Vergleiche der Weinberg-Mutermilchschen Reaktion mit der WR in 1140 Fällen ergaben folgendes: Die erstere mit aktivem Serum ist in allen Stadien einer manifesten Syphilis empfindlich und ergibt früher positive Resultate als die letztere mit inaktivem Serum. Trotz der großen Einfachheit und Empfindlichkeit der Weinberg-Mutermilchschen Reaktion ist es dennoch ratsam, gleichzeitig auch die WR vorzunehmen, da bei ersterer unspezifische Resultate vorkommen können.

Zur Frage des experimentellen Trippers, von Petschnikoff und Zelistschewa. 58 Versuche von Infektion von Kaninchen und Hunden mit Tripper auf der Konjunktiva, der Harnröhre und Scheide ergaben, daß dieselbe in der Harnröhre der Kaninchen nicht gelang, während sich auf der Konjunktiva derselben eine der Augenblennorrhoe beim

Digitized by Google

Menschen ähnliche Kerato-Konjunktivitis ausbildete. Bei den Hündinnen konnte eine rasch ablaufende eitrige Urethritis und Vulvovaginitis beobachtet werden, welche aber schnell abklang.

Zur Frage des Rückgangs der Syphilis, von Choroschin. Laut den Daten aller venerologischen Heilanstalten Odessas läßt sich in den Jahren 1923—1926 ein entschiedener Rückgang sowohl der primären, als frischen Syphilis konstatieren, was Verf. auf die reichliche Salvarsananwendung und den Fortschritt in der Bekämpfung der Syphilis zurückführt.

Die Syphilis unter den Schorzen, von Arawiskij. Die Schorzen bilden einen halbwilden Volksstamm, der im Süden des Gouv. Tomsk lebt. Die Syphilis ist unter ihnen sehr verbreitet, da 27% aller, das Ambulatorium aufsuchender Schorzen syphilitisch sind, dabei vorwiegend an sekundären und tertiären Erscheinungen leidend.

1927, Nr. 5

Zur Frage der Lungensyphilis, von Tarsis. Lungengummata bei einer 46jähr. Frau, welche 3 Jahre hindurch erfolglos wegen Lungenkatarrh behandelt worden war. Als röntgenologisch ein für Gumma verdächtiger Schatten mit zackigen Rändern über der Lunge nachgewiesen und ein positiver Wassermann konstatiert worden war, wurde eine energische spezifische Kur eingeleitet, welche nicht nur subjektive, sondern auch objektive Besserung hervorrief.

Der lipolytische Koeffizient des Blutes in den verschiedenen Stadien der Syphilis, von N. Gurewitsch und B. Silbermann. Bei Syphilitikern mit Erscheinungen, gleichviel welcher Periode der Syphilis angehörig, ist dieser Koeffizient erniedrigt; in Fällen von latenter Syphilis und bei Behandlung der Syphilis steigt er und erreicht fast die Norm.

Ein Fall von Syphilisreinfektion mit Lokalisation an der Brustwarze, von A. Sorokin. Eine 25jähr., vor 2 Jahren vom Mann syphilitisch infizierte und danach energisch behandelte Frau hat jetzt ein Ulcus durum der einen Brustwarze.

Über den diagnostischen Wert des Symptoms der vergrößerten regionären Lymphdrüsen bei atypischen, Syphilis vortäuschenden Formen von Gelenktuberkulose, von Lapischeff. In diagnostisch schwierigen Fällen von Gelenkerkrankungen spricht eine Vergrößerung der Lymphdrüsen in der Nachbarschaft des erkrankten Gelenks, das sog. Gangolphesche Symptom, mit großer Wahrscheinlichkeit für Tuberkulose.

Die Unschädlichmachung der NS-Präparate und die Bestimmung ihrer Toxizität mit Hilfe des Strontiumurans, von Efron, Smeloff und Kirchhoff. Die bei den russischen Präparaten Novosalvarsan und Novarsolan mit dem Weilschen Strontiumuran angestellten Versuche zur Prüfung der Toxizität der NS-Präparate ergaben, daß diejenigen Serien, welche sich mit Strontiumuran trübten, nicht toxischer waren als diejenigen, welche keine Trübung zeigten.

Die Kahnsche Reaktion und der ihr zukommende Platz in der Reihe der Methoden zur Diagnose der Lues, von J. Finkelstein und Aristowa. Da die Kahn-R. sich in allen Stadien der Syphilis empfindlicher als die WR, wie SGR erweist, sich in 99,29% mit den klinischen Erscheinungen deckt und in ihrer Technik sehr einfach ist, muß sie an die Spitze der bisher empfohlenen Ausflockungsreaktionen gestellt werden; indessen kann nur die gleichzeitige Anwendung einiger Methoden der WR und einer Präzipitationsreaktion ein wirklich sicheres Resultat ergeben.

Zur Statistik der Geschlechtskrankheiten in TSSR (Tatarische Republik), von S. Golosowker. Die Zahl der Syphilitiker unter den ambulanten Patienten im früheren Gouv. Kasan ist von 66‰ im Jahre 1902 auf 27,2‰ im Jahre 1925 gesunken. Die Geschlechtskrankheiten sind unter der tatarischen Bevölkerung viel seltener als unter der russischen. In einer Reihe von Siedlungen der Tatarischen Republik (fr. Kasansches Gouv.) erwiesen sich 7—9% der Landbevölkerung syphilitisch infiziert. In der Stadt Kasan macht sich in den letzten Jahren ein bedeutender Rückgang der Infektion mit Syphilis bemerkbar.

Mehr Aufmerksamkeit für die Erbsyphilis, von W. Feldmann. Verf. empfiehlt die Gründung spezieller Abteilungen für Erbsyphilis an allen venerologischen Instituten, Kliniken und größeren Provinzkrankenhäusern. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Acta Dermatologica (Japan)

Oktober 1926, Bd. 8, H. 4

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaction. 6. The Precipitin in the Tissue Presenting Specific Cuti-Reaction (Arthus Phenomen) (Experimentelle Untersuchungen über Präzipitin und spezifische Kutireaktion. VI. Präzipitin, das im Gewebe eine spezifische Kutireaktion hervorruft [Arthus Phaenomen]), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 497. Mit einem Antigen immunisierte Kaninchen wurden zwecks Produzierung von spezifischer Kutireaktion mit dem gleichen Antigen intradermal reinjiziert. Das Hautgewebe wurde nach 24—48 Stunden exzidiert und auf Anwesenheit von Präzipitin untersucht. Nach 24—48 Stunden wurde Präzipitin nur wenig oder gar nicht entdeckt, in 3—4 Tagen jedoch langsames Anwachsen, während der Antigengehalt auf Null sank. In gleicher Weise wurden mit zweierlei Arten von heterogenem Protein vorbehandelte Kaninchen mit Eiweiß und Serum reinjiziert. In den Hautextrakten (24—48 Stunden) war das eine Antigen nicht nachweisbar, während das andere, das gleichzeitig zur Immunisierung gedient hatte, stark positiv war.

Pathologisch-histologische Untersuchung der Niere mit tuberkulösem Herde, von Y. Niijima, Path. Univ.-Inst. Kyoto. S. 505.

Ein Beitrag zur Statistik des Trippers, von Sh. Kobayashi und T. Yokoyama, Derm. Kl. Dairen-Hosp. Südmandschurei. S. 524. Zusammenstellung von 2503 Fällen von Tripper bei Männern, von 4586 Fällen von Geschlechtskrankheiten und 25 855 Fällen aller dermatologischen und venerologischen Erkrankungen von 1919—1924 nach Jahreszeit und Lebensalter. Der Tripper, sowie die Geschlechtskrankheiten überhaupt, sind in den genannten Jahren nicht unerheblich zurückgegangen.

Ergebnisse einer Untersuchung auf Spirochäten in der Spinalflüssigkeit bei Syphilitikern, von Y. Ikegami, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 535. Verf. hat den Liquor von 77 Syphilitikern verschiedener Stadien nach Zentrifugierung mikroskopisch untersucht. In keinem einzigen Fall ließen sich einwandfrei Spirochäten feststellen.

Experimentelle Untersuchungen über Salvarsan, von S. Takenaka, S. Watanabe und M. Abe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 559. Untersuchungen über Veränderungen der Toxizität und spirochätiziden Wirkung nach mehrtägiger Exposition bei Zimmertemperatur. Salvarsannatrium weist bei mehrstündigem Stehenlassen Mäusen gegenüber keine Toxizitätsveränderung auf, nach 24—72 Stunden geht die Toxizität der Lösung gegen Mäuse verloren, um dann wieder schnell oder allmählich giftig zu werden. Nach 24—48stündigem Aufbewahren der alkalischen Salvarsanlösung nimmt die Giftigkeit zu, läßt dann etwas nach und wird später wieder giftiger. Frisches alkalisches Salvarsan wirkt gegen Mäuserekurrens am intensivsten spirochätizid. Nach 24 Stunden nimmt die Heilwirkung deutlich ab. Je neutraler die Salvarsannatriumlösung reagiert, desto weniger giftig ist sie. Frisches Salvarsan wird mit zunehmender Alkalität allmählich giftiger. Die Sterblichkeit der Mäuse durch Salvarsan hängt nicht nur von der Giftigkeit des Salvarsans ab, sondern je alkalischer die Reaktion ist, desto größer ist die Sterblichkeit. Da schon geringe Alkalitätsschwankungen einen relativ großen Einfluß ausüben, ist die Maus für die Giftbestimmung des Salvarsans kein geeignetes Tier. Ob die erzielten Resultate auch für den Menschen gelten, ist nicht ohne weiteres anzunehmen.

Über die photodynamische Wirkung einiger Farbstoffe auf die Flimmerepithelien (Experiment in Gewebekultur), von S. Ishikawa und T. Umeda, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 574. Zusatz von Eosin A ist auf die Flimmerbewegung bei der Bestrahlung auffällig, Geschwindigkeit nimmt um das 3—5fache zu. In erythrosinhaltigen Nährmedien gleiche Reaktion. Bei Zusatz von Neutralrot zunächst starke Zunahme der Bewegung, danach wird sie jedoch allmählich träger und hört schließlich ganz auf. Die schädigende Wirkung des Methylvioletts ist noch deutlicher. Methylenblaukultur läßt erst nach längerer Zeit vorübergehend geringe erregende Reaktion erkennen. Wasserblau und Säurefuchsin verhalten sich fast indifferent. Die Stärke des Fluoreszierens eines Farbstoffs scheint mit der Intensität der photodynamischen Wirkung parallel zu gehen.

The Scrotal and Testicular Changes in Rabbits Due to Inoculation with Spirochaeta Icterohaemorrhagica (of the Rat) (Die skrotalen und testikulären Veränderungen bei Kaninchen durch Inokulation von Spirochaeta icterohaemorrhagica), von M. Abe, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 594. 16 Tiere wurden an beiden Testes geimpft,

Digitized by Google

81,2% positive Erfolge. Nach 1—3 Tagen leichte ödematöse Schwellung, Höhepunkt nach 2—4 Tagen, allmähliches Abklingen nach 8—20 Tagen. Im Hodengewebe wurden reichlich Spirochäten gefunden. In etwa der Hälfte der Fälle Riesenzellen in den Hodenkanälchen. 18 Tiere wurden intraskrotal geimpft. In 11 Fällen ödematöse Schwellung nach 1—3 Tagen. In einigen Fällen bestand erhebliche Induration. Nekrotische und ulzeröse Oberflächenveränderungen äußerst selten. Reichlicher Nachweis von Spirochäten. 2—3 Tage nach der Infektion Fieber und Appetitstörung, kein Todesfall. Bei 7 von 34 Tieren war mehr oder weniger deutlich Ikterus nachweisbar.

Prüfung von Schutzmitteln gegen experimentelle Rattenbißkrankheit bei Kaninchen, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 606. Auf die Skarifikationsfläche der Skrotalhaut von Kaninchen wurde spirochätenhaltiges Mäuseblut geträufelt. Nach verschiedenen Intervallen wurde 33%ige Kalomelvaseline und 40%ige Chininvaseline appliziert. Die Applikation von Kalomel 5 Minuten nach der Infektion erwies sich ohne Ausnahme als erfolglos. Chininvaseline verhinderte 5 und 10 Minuten nach der Skarifikation bei 2 von 3 Tieren die Infektion, nach 15 Minuten blieb von 3 Tieren eines verschont. In manchen Fällen tritt trotz des Ausbleibens einer Primärsklerose Infektion ein.

Über eine Art von Azotobakter, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 609. Solitäre dicke Stäbchen, Enden abgerundet, Länge 2,0—2,4 μ, Breite 0,9—1,2 μ. Langsame Bewegung, positive Meissnersche Reaktion. Auf flüssigem Mannitnährboden entwickeln sie sich als weiße, runde, allmählich dunkelblau sich färbende, glattwandige, körnige Kolonien. Deutliches Vermögen, freien Stickstoff zu fixieren.

Ein Fall von sog. Porokeratosis Mibelli an Zunge, Glans und Präputialinnenblatt, von A. Fukai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 609. 19jähr. Bauer; Großmutter, Tante und Bruder leiden gleichfalls an Porokeratosis Mibelli. Eigentümliche papillomatöse Effloreszenzen am Präputialinnenblatt, die durch Hypertrophie und Hyperplasie der Retezellen bedingte atypische Formen von Porokeratoseseffloreszenzen darstellen, wie sie bisher noch nicht beschrieben worden sind. Der Verf. teilt mit mehreren japanischen Autoren die Ansicht, daß die sog. Porokeratosis einen hyper- oder parakeratotischen Vorgang darstellt, der sich allmählich zentrifugal ausbreitet. Schweißdrüsen oder deren Ausführungsgänge spielen weder ätiologisch noch pathogenetisch irgend eine Rolle.

November 1926, Bd. 8, H. 5

Zystoskopische Studie über die Tuberkulose des Harnapparates (1. Mitteilung), von G. Inouye, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 705. Verf. hat in den letzten 5 Jahren 116 Fälle von Nieren- und Urogenitaltuberkulose zystoskopisch, klinisch und operativ genau studiert. Bei der Nierentuberkulose treten frühzeitig zystoskopisch nachweisbare spezifische Veränderungen auf, jedoch nicht immer am Ureterostium oder in dessen Umgebung, sondern mehr an Blasenscheitel und hinterer Blasenwand. Besonders ist bei Nierentuberkulose auf die hintere Blasenwand als Prädilektionsstelle der spezifischen Veränderungen zu achten.

Über eine juckende Hautkrankheit und ihren Erreger, von T. Matsunaga, Truk, Südsee. S. 714. Skabiesartige Erkrankung bei den Eingeborenen von Truk (Südsee). Erreger eine Art von Tyroglyphus. Behandlung: Schwefelpräparate.

Ein neuer Plasmaobjektträger für die Gewebezüchtung, von H. Mitsuhashi, Oto-rhino-lar. Univ.-Kl. Kyoto. S. 719. Objektträger mit einer Vertiefung von 1,5 mm Durchmesser und 2,5 mm Tiefe. Klemme, Metallkitt, der in Paraffin getaucht wird. (Kleinerer Durchmesser, größere Tiefe, Paraffin statt Vaselin, Möglichkeit der Umkehrung bilden die Vorzüge gegen die bisherigen Objektträger.)

Serochemische Studien über parenteral einverleibten erhitzten und nicht erhitzten Gewebsextrakt (1. Mitteilung), von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 740. Benutzt wurde Haut- und Muskelextrakt. Es traten wie bei der Einverleibung anderer Organextrakte Vergiftungssymptome zutage. Bei der Injektion von erhitztem Gewebsextrakt waren die Vergiftungssymptome deutlicher und der Antitrypsintiter im Serum viel höher als bei der von nicht erhitztem.

2. Mitteilung, S. 752. Der Serumdiastasengehalt zeigte keine deutliche Schwankung. Der Blutzuckergehalt bot 24 Stunden nach Zufuhr von erhitztem Extrakt eine geringfügige Verminderung dar, während sich bei nicht erhitztem Extrakt eine geringe Vermehrung erkennen ließ.

Superinfektion eines kongenitalen Syphilitikers, von B. Tashiro, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 762. Ein 25jähr. Masseur mit Keratitis parenchymatosa, Leucoma

Digitized by Google

corneae, radialen Narben um die Mundwinkel, Hutchinsonzähnen zeigte typischen genitalen Primäraffekt und sekundäre Lues. WR von Anfang an und unverändert stark positiv. M. Gumpert-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, Nr. 3

Trois formes „larvées" de la syphilis pleuropulmonaire. Pneumopathie pauci-lobulaire a prédominance bronchique. La pleurite mutilante insulaire. La pneumonie ardoisée syphilitique (cortico-pleurite scléro-gommeuse) (Drei larvierte Arten pleuro-pulmonaler Syphilis. Lungenentzündung der kleineren Läppchen mit vorwiegendem Befallensein der Bronchien. Herdförmige vernarbende Pleuritis. Schieferfarbene syphilitische Pneumonie [Sklero-gummöse Pleuritis]), von M. Letulle und J. Dalsace. S. 129. Syphilitische Lungenveränderungen werden in vielen Fällen erst bei der Autopsie entdeckt. Sie verlaufen oft so schleichend, daß eine Diagnose intra vitam unmöglich ist. Der Respirationstraktus wird von der Syphilis in kleinen Herden befallen. Die Lues findet sich meist in den peripheren und nicht in den zentralen Lungenpartien. Mit Vorliebe sitzen die syphilitischen Läsionen im Bronchialbaum, sie meiden den Gefäßapparat. Die Bronchiallues bleibt herdförmig, die Herde neigen zur Vernarbung. Die syphilitische Pneumonie der kleineren Läppchen tritt als ulzerierende oder wuchernde Bronchiolitis auf. Bei der herdförmigen zur Vernarbung neigenden Pleuritis finden sich an der Oberfläche der Lunge indurierte weißliche adhärente Herde. Schneidet man solche Herde ein, so handelt es sich um verhärtete Stellen und zahlreiche kleine Bronchiektasien. Tuberkulose kann schon makroskopisch ausgeschlossen werden. Die kortikale Pleuritis zeigt sklero-gummöse Veränderungen und narbige Einschnürungen. Bei all diesen syphilitischen Lungenerkrankungen handelt es sich um umschriebene Herde. Die entzündlichen Veränderungen der befallenen Lungenlappen sind sehr mannigfaltig, sie erstrecken sich meist nie auf einen einzelnen Lappen. — Die verschiedenen Formen werden durch Fälle belegt.

Creeping Disease, von E. Cazenave. S. 164. Bei der „Creeping Disease" sind 3 Gruppen zu unterscheiden: die europäische und afrikanische Form; sie entspricht der Beschreibung von R. Lee, tritt als zusammenhängende Hautveränderung auf und wird durch einen etwa 1 mm langen Parasit verursacht, der eine Mückenlarve (vielleicht Gastrophilus) zu sein scheint. In Japan wird eine Form beobachtet, bei der die Hautveränderung Verzweigungen zeigt. Erreger ist eine etwa 1 cm lange rötliche Nematode. Bei der amerikanischen, besonders in Florida beobachteten Form entsteht die Hautveränderung schon wenige Stunden nach der Ansteckung durch einen etwa $^1/_2$ mm langen Wurm, der bisher nur in Serienhautschnitten gefunden werden konnte. Der Name „Creeping Disease" sollte eigentlich nur für die von Lee zuerst beschriebene Form gebraucht werden und nicht für die amerikanische, wie dies amerikanische Autoren wollen. — Beschreibung eines Falles von Creeping Disease am Fuß; der Parasit wurde nicht gefunden.

Histologie d'un épithélioma traité par „électro-coagulation" (Histologie eines kaltkaustisch behandelten Epithelioms), von Ch. Laurentier. S. 178. Die histologische Untersuchung eines in dreiwöchentlichem Zwischenraum zweimal kaltkaustisch behandelten Epithelioms an der Schläfe zeigt, daß die Zerstörung eines Teils des Epithelioms gelingt; es ist aber nicht möglich, alle Verzweigungen der Neubildung auszurotten. Die Kaltkaustik ist keine gute Behandlungsmethode zur endgültigen Beseitigung von Hautkarzinomen. A. Holländer-Bielefeld.

Journal d'Urologie

1927, Bd. 23, Nr. 2

De l'hypertrophie congénitale du col vésical (Über die kongenitale Hypertrophie des Blasenhalses), von G. Marion. S. 97. Mit kongenitaler Hypertrophie des Blasenhalses bezeichnet Marion ein Syndrom, das sich in funktionellen Erscheinungen der Prostatahypertrophie zeigt, ohne daß eine physische Hypertrophie besteht. Vier Krankengeschichten legen dar, daß dysurische Beschwerden bis zu vollkommener Verhaltung vorkommen können. Daß das Hindernis seinen Grund in einer Veränderung des Blasenhalses hatte,

Digitized by Google

geht daraus hervor, daß ein operativer Eingriff am Sphinkter stets zu vollem Erfolge führte. Histologisch fand sich nur normales Muskelgewebe. Die Affektion bestand seit früher Jugend, bisweilen verknüpft mit Divertikelbildung. Es handelt sich demgemäß wohl um eine kongenitale Anomalie. Die Abtragung des Sphinkters ist, wenn auch nicht leicht, so doch möglich mit einer Technik, die der Verf. angibt.

Effets physiologiques et évolution d'un testicule de singe greffé à l'homme depuis trois ans et demi (Physiologische Wirkungen und Entwicklung eines vor $3^1/_2$ Jahren auf einen Menschen überpflanzten Affenhodens), von E. Retterer. S. 102. Im Jahre 1923 wurde einem spanischen Arzte zum Zwecke der Verjüngung ein Affenhoden eingesetzt. Etwa 4—6 Monate nach der Operation begann sich die Wirkung geltend zu machen: der Pat. fühlte sich wieder kräftig, vermochte wieder mehr zu arbeiten, seine Potenz kehrte zurück. $3^1/_2$ Jahre später ließ die Wirkung wieder nach, so daß jetzt zum zweiten Male eine Überpflanzung vorgenommen wurde. Dabei wurde der Rest des ersten Transplantats herausgenommen und genau untersucht. Es zeigte sich, daß das Epithel der Tubuli sich vervielfacht und in Stränge jungen Bindegewebes verwandelt. Diese Zellen als Träger der Hormone sondern in das Blut Stoffe ab, die die physischen und intellektuellen Kräfte anregen und die genitalen Funktionen stärken. Die Umwandlung vollzieht sich ganz allmählich, ihre Wirkung ist nach einer gewissen Zeit, hier nach $3^1/_2$ Jahren, erschöpft. Man wird also mit solchen Überpflanzungen immer nur eine zeitlich begrenzte Verjüngung erzielen können.

Vaginalite chronique séreuse (Hydrocèle) calculeuse (Hydrozele mit Steinbildung), von C. Burlanescu-Bukarest. S. 124. Bericht über 2 Fälle mit Steinbildung bei Greisen. Diagnose bei der Sektion gestellt. Vermutlich entstehen solche Kalkuli auf Grund von Neubildungen entzündlicher Natur an der Tunica vaginalis, hervorgerufen durch irgend welche Reizungen. Diese Neubildungen durchsetzen sich allmählich vom Zentrum her nach der Peripherie zu mit Kalk, um sich schließlich von ihrer Unterlage loszulösen und frei zu werden. E. Sklarz-Berlin.

Bücherbesprechungen

Allgemeine Konstitutionslehre in naturwissenschaftlicher und medizinischer Betrachtung, von O. Naegeli-Zürich. (Preis geh. RM. 9.60, geb. 11.40. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) Je mehr die Dermatologie Anschluß an die allgemeine Medizin gewinnt und die reine Effloreszenzenbetrachtung auf ihr richtiges Maß zurückgedrängt wird — wofür ich immer wieder eintrete —, desto wichtiger wird auch für uns die Konstitutions- und Vererbungslehre. In vorliegender ausgezeichneter Darstellung entwickelt Naegeli — als Botaniker ebenso bedeutend wie als interner Kliniker — ein anschauliches Bild der grundlegenden einschlägigen Fragen nicht einseitig medizinisch, sondern angeschlossen an die allgemeine Biologie, wie er sie besonders auch von eigenen botanischen Forschungen abstrahiert hat. Leider beschäftigen sich die Mediziner — ich selbst habe es ausgiebig getan — viel zu wenig mit Botanik, wo die Probleme einfacher und übersichtlicher sind als in der menschlichen Physiologie und Pathologie. Vielleicht geht der Verf. in manchen Einzelheiten zu weit, aber im wesentlichen wird hier dem Mediziner und auch uns Dermatologen besonders für viele Dinge ein Verständnis aufgehen, das aus der rein klinischen Betrachtung nicht immer zu gewinnen ist. Ich empfehle diese Abhandlung deshalb den Fachkollegen aufs angelegentlichste.

A. Buschke-Berlin.

Zur Geschichte der Prostitution in Karlsruhe, von H. v. Pezold. (Preis RM. 1.—. Verlag C. D. Müller, Karlsruhe.) Verf. gibt einen kurzen historischen Überblick über die Karlsruher öffentliche Prostitution und die Bekämpfungsmaßnahmen von 1726 bis heute. — Karlsruhe gehört heute zu den Städten mit Bordellen, es besitzt eine abseits vom Verkehr gelegene Straße mit 14 Häusern und 60—70 Insassen. Sie haben dem „Dirnenhalter" einen Pensionspreis von täglich RM. 11.— zu zahlen. Zwangsweise Kontrolle gibt es nicht, die Mädchen lassen sich freiwillig unter Polizeikontrolle stellen. Sie müssen über 21 Jahre alt sein. Die gesundheitlichen Verhältnisse unter dieser kleinen Zahl nicht ganz jungen Mädchen ist natürlich gut. — Verf. ist Anhänger der Reglementierung alten Stils und der Kernpunkt seiner Schrift besteht darin, daß er alle beteiligten Kreise überzeugen möchte: Diese in Karlsruhe bestehende Einrichtung ist für diese Stadt die bestmögliche Lösung dieses Problems. — Aus seiner Darstellung geht aber hervor, daß trotz Bestehens der Bordellstraße die geheime Pro-

Digitized by Google

stitution sich breit macht und die Polizei zu Sistierungen schreiten muß. Leider fehlen alle Angaben über die Zahl der Sistierungen. Als einzige Vergleichszahl findet man die Erkrankungsziffer: Die Aufgegriffenen waren in 27,7% (!), die Eingeschriebenen in 1,7% krank. — Also trotz der Wohnungsbeschränkung und Kontrolle eine sehr erhebliche Verbreitung der Geschlechtskrankheiten! Zum Schluß spricht Verf. den Wunsch aus, daß trotz Einführung des neuen Gesetzes in Karlsruhe alles beim alten bleiben möge. A. de Lemos-Hamburg.

Veröffentlichungen aus dem Gebiete des Marine-Sanitätswesen. H. 13. Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in der deutschen Marine mit besonderer Berücksichtigung der Jahre 1920—1925, von H. Ruge. (Preis RM. 8.—. Verlag E. S. Mittler & Sohn, Berlin S.W. 68, 1927.) Mit außerordentlicher Sorgfalt und Mühe hat der Verf., dem wir schon eine Reihe wertvoller Arbeiten auf dem Gebiete der venerischen Erkrankungen innerhalb der Marine verdanken, das gesamte Material der venerischen Erkrankungen bei der Marine von 1874—1925 statistisch zusammengestellt und ausgewertet. Für jeden, der Geschlechtskrankheitenstatistik treibt, wird dieses Heft mit seinen instruktiven und übersichtlichen Kurven und Tabellen unentbehrlich sein. Besonders interessant ist die Tatsache, daß auch aus den Kurven des Verf. sich der neuerdings wieder verschiedentlich ventilierte Gedanke einer wellenförmig verlaufenden Epidemiologie der Geschlechtskrankheiten ergibt. Hervorgehoben zu werden verdient ferner der Umstand, daß durch die Einführung der zwangsmäßigen Schutzbehandlung bei der Marine ein rapider Sturz der Geschlechtskrankheiten eintrat, dem bei vorübergehender Aufhebung bzw. weniger straffer Handhabung nach dem Kriege eine recht hohe Zunahmezacke folgte, abgelöst von einem Absteigen nach neuerlicher Durchführung der Zwangsprophylaxe. Der Einfluß der Urlaubszeiten, der Einführung hoher Löhne nach dem Kriege, die Verteilung der Geschlechtskrankheiten auf die Mannschaften der verschiedenen in- und ausländischen Standorte, die zahlenmäßige Verschiedenheit des Auftretens an Bord und an Land, die Häufigkeit der Erkrankungen bei den Marinen anderer Länder, besonders aber das statistische Verhalten der drei Geschlechtskrankheiten untereinander, das Vorkommen von Doppelinfektionen, Rezidiven usw. werden neben mancherlei anderen Fragen eingehend dargelegt. E. Langer-Berlin.

Spurenkunde der Elektrizität, von St. Jellinek-Wien. (Preis RM. 12.—. Verlag F. Deuticke, Wien 1927.) Die Elektrophysiographie Jellineks ist das erste Werk der Weltliteratur, welches auf tausendfältiger Beobachtung beruhend, an Hand von 152 Textfiguren und 1 farbigen Tafel den Interessenten, sei er Arzt, Richter, Ingenieur oder Lehrer sehen lehrt, daß die Spuren hochgespannter Ströme 3 Grundtypen annehmen: die Grade, den Kreis und die Spirale, welche rhythmisch und symmetrisch geordnet sein können. Der elektrische Strom vermag, wie das auch vom Verf. experimentell belegt wurde, eine rein mechanische, eine mehr thermische oder mehr chemische Aktion zu entfalten. Unter Verwendung hochgespannter Ströme gelang es J. auch sog. „Blitzröhren" herzustellen. In biologischer Hinsicht von Bedeutung scheint das experimentell verschiedene Verhalten von Gefäß- und Nervenstamm nach Elektrisierung (mit 110 V. Gleichstrom). Während sich beide Präparate am Pluspol grün verfärbten, trat an der Kathodenseite nur an dem Gefäßpräparat Rotfärbung zutage, während das Nervenpräparat farblos blieb. Im ganzen haben wir es bei dem Werke Jellineks mit einer einzigartigen, instruktiven und fleißigen Leistung zu tun, welche in liebevoller Darstellung dieses bisher merkwürdig vernachlässigte Gebiet nicht zum wenigsten mit den Augen des Künstlers sieht und einem breiteren Publikum wissenschaftlich Interessierter nahebringt. Praktisch-medizinisch wird auf des Verf. Vorschlag derzeit an Kliniken des Allgemeinen Krankenhauses in Wien der rein energetische Effekt des elektrischen Stromes zur Behandlung schlecht heilender Affektionen in Anwendung gebracht. Den in Aussicht gestellten Bericht erwarten wir mit Spannung. J. Kottmaier-Mainz.

Praktischer Leitfaden der Quarzlichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von Th. Pakheiser-Heidelberg. (Preis RM. 3.90. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) Das vorzügliche Büchlein enthält in seinem I. Teil die Grundlagen der Ultraviolettstrahlenbehandlung. Im II. Teil werden die Apparaturen und Meßmethoden erläutert. Es handelt sich vorwiegend um die Kromeyer-, Bach- und Jesioneklampe. Der III. Teil enthält die klinischen Indikationen der Lichtbehandlung mit Behandlungsplan und sonstiger medikamentöser oder physikalischer Therapie, in gedrängter aber übersichtlicher und klarer Form. Unangebrachter Optimismus ist nirgends zu finden. Das Werkchen ist außer dem Dermatologen jedem Lichttherapeuten zur Beachtung zu empfehlen.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Digitized by Google

Zeit- und Streitfragen der Heilkunst. Für ärztliches Wissen und Denken. Gegen geistige Verflachung und Kurpfuschertum, von A. Goldscheider. (Preis RM. 1.80. Verlag G. Thieme, Leipzig. 76 S.) Im Anschluß an einen von Sauerbruch auf der 89. Naturforscherversammlung 1926 gehaltenen Vortrag über „Heilkunst und Naturwissenschaft" und das nunmehr ja schon genugsam bekannt gewordene Buch von Liek „Der Arzt und seine Sendung" setzt sich Goldscheider mit den Problemen „Intuition oder Wissen", „Arzt oder Mediziner" in von überschwänglichen Phrasen freier, dabei aber doch fesselnder Darstellung auseinander. Gewiß wird die Bedeutung der Intuition nicht verkannt werden können, aber auch der von dem Genie im Augenblick blitzartig erfaßte neue Gedanke wird sich befruchtend nur auswirken können, wenn er auf Grundlage eines gediegenen möglichst umfassenden Wissens aufgebaut werden kann. Der im Gegensatz zu dem heutigen in den Himmel erhobene Arzt der guten alten Zeit stand seinen Kenntnissen dem Stande der Wissenschaft entsprechend jedenfalls wesentlich tiefer, denn die Unvollkommenheiten des Mediziners beruhen auf Mängeln wahrer Wissenschaftlichkeit. Den Wissenschaftler in abfälliger Weise als Mediziner mit einem gehässigen Beigeschmack zu bezeichnen, muß entschieden zurückgewiesen werden. Der Erfolg der Kurpfuscher beruht auf verschiedenen Momenten, ganz ohne Schuld sind die Ärzte nicht, weil sie das für den Kranken eine große Rolle spielende Krankheitserlebnis, das den wirklichen krankhaften biologischen Vorgängen durchaus nicht zu entsprechen braucht, den von Goldscheider als „autoplastisches" Krankheitsbild bezeichneten Komplex oft zu wenig berücksichtigen. Auch wirkt das Bestreben, eine anatomische Heilung zu erzielen, nicht immer günstig. Als bestes Mittel gegen die Kurpfuscherei wird Steigerung der Erfolge der wissenschaftlichen Medizin und der Kenntnisse und Fähigkeiten des einzelnen Arztes empfohlen, wobei dieser nicht unter die Herrschaft der Apparatdiagnostik geraten soll; wir dürfen wohl darauf hinweisen, daß gerade in unserem Sonderfach schon mehrfach auf das Überwuchern der Laboratoriumsdiagnostik über die Untersuchung des kranken Körpers und den Schaden, den die Ärzte damit auch sich selbst zufügen, hervorgehoben worden ist. Den Schluß der Darstellung bildet ein Kapitel über das Denken in der Medizin, die verschiedenen Formen, unter denen es sich abspielt, insbesondere das therapeutische Denken, das als ein an den Krankheitsvorgang anknüpfendes, auf Nutzanwendung bedachtes induktives Denken bezeichnet wird. Wir glauben, daß nicht nur der Allgemeinpraktiker, sondern auch der Facharzt, über dessen Verhältnis zu der inneren Klinik manches treffende Wort gesagt wird, aus dieser Schrift Anregungen für sich und für seine Kranken Nutzen schöpfen kann. E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

d. Serologie

Zur Abstellung einer Fehlerquelle der Wassermannschen Reaktion, von E. Bernhardt-Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 19, S. 902.) Verf. hat eine Zusatzmethode zur WR angegeben, deren Technik im Original nachzulesen ist. Mit dieser Modifikation glaubt er exaktere Resultate als mit der Original WR-Methode zu erzielen.
E. Langer-Berlin.

Luesdiagnose mit Hilfe der Seroreaktionen in der Gravidität, von E. Philipp und P. Gornick, Univ.-Frauenkl. und J. Peltert, Hyg. Univ.-Inst. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 15, S. 689.) Kann man in der Nabelschnur den Nachweis von Spirochäten erbringen, so ist die Lues der Mutter erwiesen. Bei Heranziehung der serologischen Untersuchungen Gravider ergab sich, daß die WR allein zum Nachweis einer Lues nicht genügt, desgleichen auch bei nichtgraviden Frauen. Es kann in solchen Fällen eine unspezifische Reaktion vorliegen. Nur wenn gleichzeitig auch die Meinickesche Trübungsreaktion und die Sachs-Georgische Reaktion positiv ausfallen, oder von diesen 3 Reaktionen wenigstens zwei sicher positiv sind, kann man die Lues als erwiesen annehmen. Vor einer Überschätzung der serologischen Untersuchung von Graviden bei Verwendung nur einer Methode muß daher gewarnt werden. E. Langer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen zur Entstehung der syphilitischen Blutveränderung, von F. Klopstock, Kais.-Wilh.-Inst. Dahlem. (Kl. W., 1927, Nr. 15, S. 685.) Aus der Reihe der experimentellen in dieser Arbeit mitgeteilten Ergebnisse

Digitized by Google

seien einige Resultate hervorgehoben. Die Spirochäte spielt anscheinend für das Entstehen der spezifischen Blutveränderung eine maßgebende Rolle. Es ergibt sich dies aus dem Nachweis, daß in der Spirochäte ein alkohollöslicher Anteil vorhanden ist, der mit den Antikörpern des Luesserums in Beziehungen tritt. Man muß annehmen, daß in der Spirochäte wie in Trypanosomen eine Verbindung vorhanden ist, die im Kaninchenversuch zu stürmischer Lipoidantikörperbildung führt. Grundsätzlich unterscheiden sich davon durch andere Bakterien, z. B. durch Koli-Leibessubstanzen hervorgerufene Antikörperbildungen. Es müssen die Antikörper des Luesserums der Euglobulinfraktion des Serums angehören. Diese Euglobulinteilchen erfahren eine Veränderung ihres Aufbaues oder ihrer Oberfläche. Nach seinen Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß wahrscheinlich die syphilitische Blutveränderung eine echte Immunreaktion darstellt. Die Entstehung der Lipoidantikörper kommt wohl durch die Eigenart des Eiweißlipoidkomplexes der Spirochäte zustande. E. Langer-Berlin.

Action des sérums sanguins les uns sur les autres. Essais sur des sérums syphilitiques (Die gegenseitige Einwirkung des Blutserums. Studien an syphilitischen Seren), von R. Douris. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 8, S. 515.) In jedem Serum halten die Eiweißstoffe einem bestimmten Salzgehalt das Gleichgewicht; dieses ist bei jedem Serum verschieden. Mischt man zwei verschiedene Seren, so tritt eine Störung des kolloidalen Gleichgewichtes ein, es erfolgt oft eine leichte Flockung. Bestimmt man die optische Dichte zweier zu gleichen Teilen gemischten Sera, so findet man häufig, daß die optische Dichte des Mischserums genau dem arithmetischen Mittel der jedes einzelnen Serums entspricht. In manchen Fällen beobachtet man eine Vermehrung der optischen Dichte, eine Trübung oder eine Flockung. Von dieser Tatsache ausgehend hat Verf. syphilitische Seren mit Antigen gemischt und fand, daß bei diesen der Wert der optischen Dichte das arithmetische Mittel bedeutend übersteigt. Durch Antigenzusatz wird also die Stärke der Präzipitation bedeutend erhöht.
S. Habermann-Prag.

Sur une nouvelle technique de la réaction de Wassermann derivée de la méthode de Calmette et Massol (Über eine neue Methode der Wassermann-Reaktion, abgeleitet von der Calmette- und Massolschen Reaktion), von C. Gaussen. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 8, S. 532.) Die Calmette- und Massolsche Reaktion wird als Inaktivmethode, die Reaktion nach Ronchèse als nicht genügend scharf verworfen; durch Kombination und Ausschaltung der diesen beiden Reaktionen anhaftenden Fehler hat Verf. eine Tropfmethode ausgearbeitet, die spezifisch und empfindlich ist. Seine Methode gleicht der Hechtschen Aktivmethode mit dem Unterschied, daß er im Vorversuch eine genaueste Eigenkomplement-Auswertung ausführt. Verf. verwendet Noguchi-Extrakt wegen seiner fehlenden antikomplementären Wirkung. Als hämolytisches System nimmt er Menschenblut (1 : 16) mit dem dazu gehörigen Ambozeptor. Im Hauptversuch arbeitet Verf. mit 5 Tropfen Serum; haben im Vorversuch bereits 2 Tropfen des aktiven Serums die nötige Komplementdosis ergeben, so fügt er 3 Tropfen des gleichen inaktivierten Serums hinzu. S. Habermann-Prag.

Beiträge zur Frage des serologischen Luesnachweises. IV. Mitteilung. Natives Meerschweinchenserum und Trockenkomplement, von G. Blumenthal und H. Bermann. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 107, H. 1, S. 161.) Als Komplementspender ist ein gesunder, gut gefütterter Stamm von Meerschweinchenböcken, der in Abständen von etwa 4 Wochen herzpunktiert werden kann, in jeder Hinsicht am rationellsten; wiederholte Punktionen schädigen die Komplementwirkung nicht, zuweilen wird hierdurch sogar eine deutliche Titersteigerung des Komplements erzielt. Das Trockenkomplement ist wegen der Unbeständigkeit seiner Wirkung dem frischen Meerschweinchenserum stark unterlegen. Bei Proben derselben Operationsnummer war der Wirkungsgrad verschieden, es konnte Abnahme der hämolytischen Kraft festgestellt werden, häufig deutliche Schwankungen des Fixationsvermögens für den Antigen-Antikörperkomplex (Deviabilität), so daß trotz guter Lösungsfähigkeit im Vorversuch der Hauptversuch mehr oder weniger unbrauchbar war. S. Habermann-Prag.

The Kahn Precipitation Test for Syphilis (Die Kahnsche Präzipitations-Reaktion für Syphilis), von J. G. Hopkins und W. M. Brunet-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 5, S. 311.) 1923 wurde eine Rundfrage an verschiedene serologische Stationen, die obige Reaktion anwenden, versendet; die Antworten ergaben: die neue Methode der Kahnschen Reaktion ist der alten überlegen, die Resultate stimmen mit denen der WR zum größten Teil überein, es kommen teils im positiven, teils im negativen Sinne der WR gegenüber Versager vor, zuweilen ist die positive Zone eine breitere,

Digitized by Google

sie zeigt primäre Lues früher an und bleibt bei behandelter Lues länger positiv als die WR; die Einfachheit und kurze Dauer der Reaktion wird hervorgehoben, trotzdem wird sie im allgemeinen nur als Begleitreaktion parallel mit der WR empfohlen.

S. Habermann-Prag.

The Substitution of the Flocculation Test for the Wassermann Reaktion (Die Flockungsprobe als Ersatz für die Wassermann-Reaktion), von H. F. Watson. (Edinburgh m. J., 1927, Bd. 34. Nr. 5, S. 291—308.) Bei der vergleichenden Untersuchung von 1211 Seren nach der WR und der Flockungsmethode wurden in 96,68% Übereinstimmung in 3,13% Unstimmigkeit gefunden, und zwar in 0,41% positive WR bei negativer Flockungsreaktion und in 2,76% positive Flockungsreaktion bei negativer WR. Im allgemeinen sprechen die Ergebnisse mehr zugunsten der Flockungsprobe, die allerdings ihre Grenzen hat; so spielt das Alter des Serums eine Rolle, indem nach 4 Tagen zunächst positive Sera negativ werden können. In gewissen Fällen behandelter Syphilis gab positive Flockungsreaktion bei negativer WR den Anlaß zu weiterer Behandlung. Besteht in einem gegebenen Falle Veranlassung, die größtmögliche serologische Gewißheit zu erlangen, so sollten beide Proben nebeneinander angestellt werden. Bei der gewöhnlichen Untersuchung frischer unbehandelter Fälle kann der Ersatz der WR durch die Flockungsprobe empfohlen werden, deren Technik eine wesentlich einfachere ist.

E. Levin-Berlin.

Der Übertritt per os aufgenommenen Broms in das Blut und den Liquor cerebrospinalis in verschiedenen Stadien der Lues, von J. Barnewitz, Hautkl. Städt. Krankenanst. Essen. (Kl. W., 1927. Nr. 13, S. 600.) Verf. hat mittels der Bromdarreichung per os durch den Vergleich zwischen Bromgehalt im Blut und im Liquor den Permeabilitätsquotienten, d. h. die Durchlässigkeit der Blut-Liquorschranke geprüft. Es ergab sich bei der sekundären Lues ein gewisses Verhältnis zu dem normalen bzw. pathologischen Zustand des Liquors, da normale bzw. verminderte Durchlässigkeit mit negativem, erhöhte mit positivem Liquor einherging. Das Alter der Infektion ist von keinem Einfluß, dagegen scheint die Behandlung die Durchlässigkeit zu beeinflussen. Negativer Liquor und vermehrte Durchlässigkeit fand sich in einzelnen Fällen, möglicherweise sind es solche, bei denen später eine meningitische oder zerebrale Erkrankung sich einstellt. Bei Lues III lagen die Verhältnisse in den untersuchten Fällen ähnlich. Bei Tabes scheint die vermehrte Bromdurchlässigkeit bei stark positiven sonstigen Liquorbefunden darauf schließen zu lassen, daß diese Fälle zur Taboparalyse neigen. Bei normaler bzw. verminderter Bromdurchlässigkeit kamen nur Fälle in Betracht, die eine längere Behandlung durchgemacht hatten. 70 nach kombinierter Salvarsan-Wismutbehandlung untersuchte Fälle ergaben, daß sich eine wesentliche Änderung des Bromübertritts nicht feststellen ließ, während nach einer Malaria-Salvarsankur in 90% eine Verminderung des Bromgehalts gegenüber der Untersuchung vor der Kur sich zeigte.

E. Langer-Berlin.

Contribution à l'étude de l'action de l'urotropine sur la perméabilité méningée (Beitrag zum Studium der Wirkung des Urotropins auf die Durchlässigkeit der Meningen), von A. Paulin und G. Desrochers. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 962.) Nachdem Untersuchungen von anderer Seite ergeben hatten, daß intravenöse Urotropineinspritzungen die Meningen für Antikörper durchgängig machen, wurde untersucht, wieweit dies auch für nicht kolloidale Elektrolyten der Fall sei. Es wurden zu diesem Zwecke Versuche mit Natrium nitricum bei Paralytikern gemacht, das jedoch im Liquor weder wenn seiner Einnahme eine intravenöse Urotropineinspritzung folgte, noch wenn eine intramuskuläre ihr vorausging, in verstärktem Maße nachgewiesen werden konnte.

E. Levin-Berlin.

Passage du bismuth à travers la barrière vasculo-méningée (Passieren des Wismuts durch die vaskulo-meningeale Schranke), von S. Mutermilch, M. Delaville und J. Belin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 957—959.) Nach intravenösen Wismuteinspritzungen konnte niemals Wismut im Liquor von Kaninchen nachgewiesen werden, auch wenn gleichzeitig Urotropin verabfolgt worden war, das die Meningen für filtrierbares Virus durchgängig macht. Eine Durchgängigkeit für Wismut konnte jedoch bewirkt werden durch Erzeugung einer gutartigen aseptischen Meningitis vermittels Einspritzen einer 10%igen Emulsion von Nestleschem Kindermehl in physiologischem Serum in den Spinalkanal. Punktionen, die in Pausen von 20 Minuten bis 6 Stunden nach dieser Behandlung ausgeführt wurden, ergaben beträchtliche Mengen von Wismut im Liquor. Dieses ist nicht in den Leukozyten, sondern in vollem Umfange

Digitized by Google

in der Flüssigkeit enthalten. Die Mehleinspritzungen in den Spinalkanal sind auch beim Menschen völlig unschädlich. E. Levin-Berlin.

Recherches sérologiques dans la fièvre récurrente humaine (Serologische Untersuchungen beim Rekurrensfieber des Menschen), von R. Bruynoghe, Et. de Greef und A. Dubois. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1073—1074.) Im Serum künstlich mit Spir. Duttoni infizierter Kranker konnten keine spezifischen Antikörper nachgewiesen werden, die biologischen Methoden ermöglichen also nicht die Diagnose des experimentellen Rekurrensfiebers. Ferner wurde bei Kranken, die eine negative WR aufwiesen, niemals durch die therapeutische Infektion eine positive Reaktion hervorgerufen. E. Levin-Berlin.

e. Therapie

Zur Syphilisbehandlung, von E. Saalfeld-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 16, S. 598 bis 599.) Hinweis für den Nicht-Facharzt auf Notwendigkeit der Spirochäten-Untersuchung bei allen, auch unscheinbaren Läsionen, und zwar vor irgend welcher örtlicher oder allgemeiner Behandlung. Daneben auch Untersuchung auf Streptobazillen und WR, die aber erst nach 5—6 Wochen positiv wird. E. Levin-Berlin.

Die experimentelle Therapie der Mäuserekurrens durch „Albert 102", von A. Hofmann, Lab. Frankf. Nervenhlanst. Hohe Mark. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 4, S. 182.) Die therapeutischen Unterschiede des Albert 102 gegenüber dem Salvarsan beruhen mit darauf, daß es auf Trypanosomen als im Organismus nicht veränderter Körper sterilisierend wirkt und ferner weniger in der Haut als in den inneren Organen und Gehirn gespeichert wird. Bei den Untersuchungen wurde mit „schwachen Infektionen" gearbeitet. Mäuse wurden mit 0,2 ccm eines Blutgemisches, welches bei Dunkelfelduntersuchung 5—8 Keime im Gesichtsfeld enthielt, intraperitoneal infiziert und 24 Stunden später die therapeutische Dosis Albert 102 intravenös gegeben. Als kleinste Dosis curativa, die dauernd negativen Blutbefund sowie die Möglichkeit der Reinfektion bewirkte, erwies sich 0,02 g pro Kilo gegenüber einer Dosis tolerata von 0,1 g; der therapeutische Index ist also 1 : 5, während er bei den verschiedenen Salvarsanpräparaten nur 1 : 2,0—3,5 beträgt. Mit dieser Versuchsanordnung ist allerdings nur eine „relative" Heilung, durch den Nachweis des Fehlens der Immunkörper, bewiesen, nicht absolute Keimfreiheit wie bei der Methode von Kritschewski und Layass (Überimpfung zermahlenen Mäusegehirns). Für die Therapie beim Menschen ist wichtig, daß nach einer Mitteilung von Kalberlah Albert 102 zur Unterbrechung der Fieberanfälle rekurrensbehandelter Paralytiker nie versagt hat und es nie gelungen ist, aus dem Liquor dieser Patienten noch Rekurrensrreger auf Mäuse zu übertragen, beides im Gegensatz zum Salvarsan. A. Blüth-Hamburg.

Über „Bisuspen Heyden", von R. Polland-Graz. (W. m. W., 1927, Nr. 15, S. 497.) Bisuspen wirkt zufriedenstellend, ist bei Injektion fast völlig schmerzfrei und macht keine Nebenerscheinungen. E. Langer-Berlin.

Arterial Embolism. An Unusual Complication Following the Intramuscular Administration of Bismuth (Arterielle Embolie. Eine ungewöhnliche Komplikation als Folge intramuskulärer Wismutinjektion), von J. A. Gammel-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 13, S. 998.) Bei 2 Patienten entwickelten sich innerhalb 24 Stunden post inj. von 1 ccm 20%igem BiNa-Tartrat oberflächliche Abszesse mit bläulicher Verfärbung der Umgebung, und zwar netzförmig angeordnet. Abheilung unter heißen Umschlägen in 2—3 Wochen. Wahrscheinlich handelt es sich um ein Hämatom infolge Anstechen eines größeren Gefäßes. Ein dritter Fall hatte neben Salvarsan und Hg bereits 22 Bi-Injektionen im Verlauf der letzten 2 Jahre erhalten. Kurz nach der letzten Injektion von 1 ccm BiNa-Tartrat Elendgefühl und Lähmungserscheinungen im entsprechenden Fuß. Lokale Abszeßbildung, aber tiefer als bei 1 und 2 mit ebensolcher netzförmiger Zyanose. Schwere Sensibilitätsstörungen. Spitzfußstellung, allgemeines Krankheitsgefühl. Lokal eine Woche später tiefe Nekrose. Nach 3 Monaten Heilung derselben. Nervenstatus kaum verändert. Besonders Dorsalflasion und Abduktion des Fußes unmöglich. Wahrscheinlich direkte Läsion des rechten Peronaeus oder auf dem Umwege durch kleine Gefäße. Derartige Bi-Komplikationen in der Literatur im Gegensatz zu Hg selten. H. Colman-Berlin.

Vergleichende Wertschätzung verschiedener Wismutpräparate, von Grahebin. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 5.) Die russischen Präparate Bijochinol und Bismutogvi kommen ihrer therapeutischen Wirkung nach den besten ausländischen Wismutpräparaten

Digitized by Google

gleich. Das dritte, in SSSR. viel angewandte Wismutpräparat, das salizylsaure Wismut, ist zwar billiger als die beiden anderen genannten Präparate, wirkt aber langsamer als diese, sowohl auf die Spirochäten, als die WR ein. A. Jordan-Moskau.

Répartition du tellure dans l'organisme; son élimination par les émonctoires (Verteilung des Tellur im Organismus; seine Ausscheidung durch die natürlichen Ableitungswege), von C. Levaditi und Y. Manin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1926, Bd. 95, Nr. 27, S. 652.) Die Hauptmenge des Tellur findet sich an der Stelle der Injektion. Von den inneren Organen stehen bezüglich ihres Tellurgehaltes die Nieren an erster Stelle, dann kommen Milz und Lymphdrüsen, ferner Lunge mit Leber. Das Blut ist frei. Die Ausscheidung erfolgt durch Stuhl und Urin. In den syphilitischen Schankern finden sich nur minimale Mengen des Metalls, die, ebenso wie beim Wismut, zur Zerstörung der Spirochäten ausreichen. B. Peiser-Berlin.

Mécanisme de la prévention de la syphilis par le tellure (Der Mechanismus der Vorbeugung der Syphilis durch Tellur), von C. Levaditi und Y. Manin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 9, S. 587.) Zur Klärung der Frage über den Mechanismus der Präventivwirkung des Tellur bei der experimentellen Syphilis haben Verff. die verschiedenen Organe auf ihren Tellurgehalt untersucht. Dabei zeigte sich, daß bei den nicht reinfizierbaren Tieren bedeutend höhere Tellurmengen in den untersuchten Organen sich nachweisen ließen als bei denen, wo die Wiederimpfung angegangen war. Die Präventivwirkung ist demnach abhängig von der Konzentration des gespeicherten Metalls im Gewebe, die nicht unter ein bestmmtes Minimum herabsinken darf, und von der Ausscheidungsfähigkeit des Organismus. Gerade die Speicherung des Mittels in den Nieren ist bei den refraktären Tieren besonders groß. B. Peiser-Berlin.

Action préventive du tellure dans la syphilis expérimentale (Die Präventivwirkung des Tellur bei der experimentellen Syphilis), von C. Levaditi. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 9, S. 585.) Kaninchen, die mit Tellur vorbehandelt wurden, verhielten sich gegenüber einer späteren syphilitischen Infektion in einem hohen Prozentsatz refraktär. Die Tiere wurden intramuskulär mit Dosen von 0,025—0,1 g pro Kilo Körpergewicht behandelt und am 8.—27. Tage danach infiziert, wobei mit steigender Dosis die Präventivwirkung bis auf 100% stieg. Zur Feststellung der Dauer dieser Wirkung wurden die Tiere 108—116 Tage nach der Tellurbehandlung reinfiziert, wobei die mit höheren Dosen vorbehandelten Tiere sich auch weiterhin fast sämtlich refraktär verhielten, während die Nachimpfung in den Fällen, wo nur geringere Tellurdosen verwandt worden waren, meist positiv ausfiel. B. Peiser-Berlin.

Welche Gefahren bringt die Malariabehandlung der Syphilis, von H. Schottmüller-Hamburg. (M. m. W., 1927, Nr. 16, S. 675.) Verf. hält die Impfmalaria, selbst wenn geschlechtliche Formen im Blut zur Beobachtung kommen, im hiesigen Klima nicht für übertragungsgefährlich auf die gesunde Umgebung. Bedenklich sei nur die Anwendung der Malaria tropica, die bei therapeutischen Versuchen nicht in Betracht kommt. W. Kirschbaum-Hamburg.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Erich Hoffmann-Bonn wurde von der Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft zu Odessa zum Ehrenmitglied gewählt.

Ernannt: Prof. Erich Schmidt in Tübingen zum leitenden Arzt der Dermatologischen Abteilung des Krankenhauses in Stuttgart.

Habilitiert: Dr. Franz Schubert in Marburg.

Gestorben: San.-Rat Dr. J. Appel in Hamburg.

Dr. Warren Tay, Consulting Surgeon am Hospital for Diseases of the Skin zu Blackfriars in London, Übersetzer von Hebras Handbuch und Beschreiber der nach ihm genannten Chorioiditisform. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 33 (Bd. 85) 13. August 1927

Aus der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Altona (Prof. Dr. Bruck)

Zur Frage der Poikilodermia atrophicans vascularis (Jacobi)

Von

Dr. Harry Geisler, Assistent der Abteilung

Mit 2 Abbildungen im Text

Als Bruck 1919 in dieser Zeitschrift (Bd. 68) einen Fall von Poikilodermia atrophicans vascularis, dieser von Jakobi 1908 zuerst beschriebenen Krankheit, veröffentlichte, lagen erst ganz wenige Publikationen vor. Inzwischen sind etwa zwei Dutzend weiterer Fälle mitgeteilt worden, von denen aber nicht immer feststeht, ob sie der klassischen Jakobischen Krankheit zuzurechnen sind. Eine Reihe von Autoren bezweifelt sogar überhaupt, ob es berechtigt sei, ein eigenes Krankheitsbild aufzustellen und meint, wie z. B. Finger und Oppenheim, die Poikilodermien seien eine Untergruppe der Dermatitis atrophicans chronica idiopathica, da alle bei der Poikilodermie erhobenen klinischen und histologischen Befunde auch bei der Dermatitis atrophicans idiopathica festzustellen seien. Kren und Nobl halten die Poikilodermie für das Endprodukt verschiedener Hautaffektionen. Kren sah das Symptomenbild der Poikilodermie im Verlaufe einer Dermatitis und einer Mycosis fungoides auftreten. Janovský beschreibt 3 Fälle von familiärer Hautatrophie, die er für Poikilodermia atrophicans vascularis hält. Jadassohn hält zwar die Zugehörigkeit zur atypischen Sklerodermie für wahrscheinlich, möchte aber überhaupt noch keine definitive Rubrizierung vornehmen, sondern empfiehlt, vorläufig möglichst viel einschlägiges Material zu veröffentlichen.

Nicht allein über die Deutung der Krankheit und ihre Einreihung in die verschiedenen dermatologischen Systeme ist man sich im unklaren, auch über Ätiologie und Pathogenese herrscht ziemliches Dunkel. Deshalb nehmen wir Veranlassung, einen von uns kürzlich beobachteten Fall mitzuteilen.

Es handelt sich um einen 50jähr. Inspektor, dessen Vater an Magenkrebs, dessen Mutter in hohem Alter gestorben ist. Frau und 2 Söhne sind gesund. Bis vor 4 Jahren nie ernstlich krank gewesen. Venerische Infektion wird negiert. Vor 4 Jahren Schlaganfall, Sprache und linke Seite gelähmt, nach 3 Wochen vollkommen gebessert. Der Patient wird jetzt wegen eines erneuten Schlaganfalls eingeliefert, die Hautveränderung dabei als Nebenbefund erhoben. Die vorliegende Hautaffektion besteht seit 25—30 Jahren; der Patient kann sich nicht genau entsinnen, wie und ob sie schnell oder langsam

Digitized by Google

entstanden ist. Er gibt jedoch mit Bestimmtheit an, nie davon Beschwerden gehabt zu haben und nie deswegen behandelt worden zu sein.

Status: Großer Mann in gutem Ernährungszustand. Genügendes Fettpolster, mäßig kräftige Muskulatur. Sichtbare Schleimhäute gut durchblutet. Kubital- und Inguinaldrüsen tastbar. Keine Ödeme, kein Aszites. Lungen und Herz o. B. Leber überragt den Rippenbogen um 1 Querfinger, Milz palpabel. Zentralnervensystem: Pupillen l. = r., eng, reagieren schwach auf Licht und Konvergenz. Patellar- und Achillesreflexe gesteigert. Kein Romberg, keine Kloni. Babinski und Oppenheim rechts positiv. Kein Tremor. Gang leicht ataktisch, beim Gehen wird das rechte Bein nachgezogen. Keine Sensibilitätsstörungen. Sprache verwaschen, sehr schwer verständlich. — Liquor cerebrospinalis: Druck 130 mm, $\frac{22}{3}$ Zellen, Nonne und Pandy starke Trübung, Weichbrodt starke Opaleszenz. WR 0. Blutbild normal. Blutdruck 180 mm Hg, Blut WR 0, BR +, MTR +, Aktivkomplementbindung nach Bruck schwach positiv.

Abb. 1

Haut (s. Abb. 1 u. 2): Der l. Oberarm einschließlich der Ellbogengegend sowie die ganze l. hintere Rumpfseite von der Schulter bis zur Lendengegend ist zum Teil blaurot, zum Teil braunrot (kupferartig) verfärbt, zum Teil auch depigmentiert. Die Haut ist an vielen Stellen atrophisch und zeigt Zigarettenpapierfältelung; am Arm ist die Atrophie bei gleichzeitiger Depigmentation so ausgeprägt, daß man den Eindruck von Narbenbildung hat. Im großen und ganzen sind die Randzonen am stärksten pigmentiert, der Rand selbst überall scharf und bogenförmig, manchmal nierenförmig. Sonst herrscht ein buntes Durcheinander der verschiedenen Pigmentationsgrade. Bei genauerer Betrachtung sind innerhalb der Verfärbungen zahllose Gefäßreiserchen sichtbar. Am r. Ellbogen eine 5-mark- und eine 10-pfennigstückgroße gleichartige Veränderung, bei der wie am anderen Arm gleichfalls die Atrophie überwiegt. In der Lendengegend l. isoliert ein dreimarkstückgroßer erhabener, etwas behaarter Leberfleck. Auffällig ist die fast vollständige Beschränkung auf die l. Körperseite und die Begrenzung mit der Spinallinie, die nur um ein geringes überschritten wird (Abb. 1), ähnlich wie das beim Herpes zoster gelegentlich zu beobachten ist.

Schleimhäute: Auf dem weichen Gaumen, scharf gegen den harten abgesetzt, deutliche Gefäßzeichnung (Teleangiektasien). Sonstige Schleimhäute weisen keine Abnormitäten auf. — Keine Nagel-, keine Haaranomalien.

Diagnose: Luische Apoplexie. Poikilodermia atrophicans vascularis.

Therapie: Neosalvarsan. Kalium jodatum.

Nach 3 Wochen war eine deutliche Besserung der nervösen Symptome (Gang, Sprache, Gedächtnis), dagegen keinerlei Änderung der Hauterscheinungen festzustellen.

Alle als Poikilodermia atrophicans vascularis beschriebenen Fälle zeigen untereinander und von der Jakobischen Erkrankung gewisse Abweichungen. So auch unser Fall. Klassisch vorhanden ist bei unserem Patienten das, was der Name sagt: Buntheit der Pigmentierung, Atrophie und Teleangiektasien. Was ihn von dem Jacobischen Fall unterscheidet,

Digitized by Google

ist schon die Anamnese: Der Beginn mit Gelenkschmerzen, Mattigkeit und intensivem Jucken bei Jacobi, das völlig symptomlose Auftreten bei unserem Kranken. Cappelli beschreibt einen Fall, wo 20 Tage nach einer Geburt Erytheme und Ödeme im Gesicht aufgetreten sind, denen unter heftigem Jucken Ausbreitung auf Hände, Nates und äußere Genitalien folgte. Auf denselben Stellen entwickelte sich später die Poikilodermie. Zeisler erwähnt „Trockenheit" der Haut und Frösteln bei kaltem Wetter. Bei einem 6jähr. Kind, das Dohi beschreibt, begann

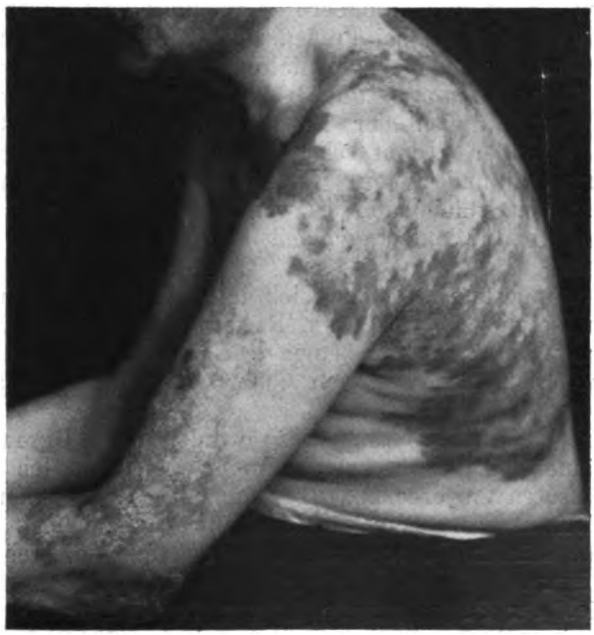


Abb. 2

die Krankheit mit Schmerzen und Schwellung der Knie und Ellenbogen. Klauders Fall zeigt keinen Juckreiz, gutes Allgemeinbefinden. Schmidt-Göttingen stellte auf dem Südwestdeutschen Dermatologentag in Frankfurt (März 1925) einen Mann vor, bei dem die Krankheit vor 6 Jahren, angeblich nach Verladen von räudekrankem Vieh, aufgetreten war. Es wurde über Jucken geklagt und in den letzten 2 Jahren über Mattigkeit und Abmagerung. Rasch berichtet über starke Belästigung durch Brennen und Jucken, allerdings ist nicht sicher, ob es sich nicht um einen Lupus erythematodes handelt. Holländer betont bei einem an einer Schwarzen beobachteten Fall: keine subjektiven Beschwerden. Und so geht es weiter. Ein Teil der Patienten klagt über Jucken usw., ein kleinerer Teil ist frei von Beschwerden.

Von Jacobi wird Ähnlichkeit der Affektion mit abgelaufener Röntgendermatitis hervorgehoben, ebenso von den meisten späteren Beobachtern. Bei unserem Patienten ist diese Ähnlichkeit eigentlich nicht

Digitized by Google

sonderlich hervorgetreten. Auch die rotbraunen follikulären Stippchen, von denen bei JACOBI, BETTMANN und FUHS die Rede ist, vermissen wir bei unserem Kranken. Beides fehlt übrigens auch bei dem von BRUCK veröffentlichten Fall, doch sind dies wohl keine integrierenden Symptome.

Prädilektionsstellen scheinen nicht zu existieren. Anscheinend wahllos sind Kopf, Rumpf und Extremitäten befallen, jedoch verfügt OPPENHEIM über einige Beobachtungen, in denen eine Halbseitigkeit in Kombination mit anderen gleichseitig angeordneten Anomalien auffällt. Auch unser Patient ist in dieser Richtung bemerkenswert (Spinallinie!).

CIVATTE glaubt eine besondere Erkrankung des Gesichts und Halses abtrennen zu müssen, die bei Frauen zur Zeit der Menopause auftreten soll (Poïkélodermie réticulée pigmentaire du visage et du cou). LOUSTE, THIBAUT et CAILLIAU und BARBER schließen sich dieser Ansicht an.

Über Veränderungen der Mundschleimhaut im Sinne einer Leukoplakie berichten JACOBI selbst, ZINSSER in seinen beiden Fällen, GLÜCK, BETTMANN und RASCH. BETTMANN erwähnt „auffallend starke Gefäßnetze an der Schleimhaut des weichen Gaumens", ein Befund, wie er uns bei unserem Patienten gleichfalls aufgefallen ist; eine Leukoplakie lag nicht vor.

Nagelveränderungen fanden sich außer bei JACOBI und ZINSSER nur bei den Fällen von BETTMANN, RASCH und BLOCH. Mit Ausnahme von BETTMANN, der auffallend kompakte Nägel beobachtet hat, sprechen die oben zitierten Forscher von mehr oder weniger ausgeprägter Atrophie.

Was das Geschlecht angeht, so werden nach BETTMANN hauptsächlich Männer, nach FUHS mehr Frauen befallen. Ich habe unter 36 Fällen, unseren eingerechnet, 21 Frauen und 12 Männer angegeben gefunden, dreimal war das Geschlecht nicht verzeichnet. Es scheint demnach eine stärkere Bevorzugung des einen oder anderen Geschlechts nicht vorzuliegen.

Bezüglich der Pathogenese ist von OPPENHEIM zuerst 1910 die Auffassung einer keimplasmatisch angelegten Erkrankung vertreten worden, und zwar ganz allgemein für die Atrophodermien. In seinem „Beitrag zur Klinik und Ätiologie der atrophisierenden Dermatitiden" (W. kl. W., 1912) kam er „auf Grund eines Falles von streifenförmigem Naevus angiomatosus der oberen Extremität und typischer Atrophia cutis idiopathica der unteren Extremität derselben Seite zu dem Schlusse, daß die atrophisierende Dermatitis durch angeborene Veranlagung entstehe, die auf einer angeborenen Widerstandsschwäche des Kutiselastins beruht, und daß vielleicht nach der Naevustheorie UNNAS der intrauterine Druck in besonderen Fällen einmal Naevus angiomatosus, ein andermal im späteren Leben Atrophie bedinge". 1913 auf der 85. Naturforscherversammlung und 1921 auf dem Dermatologenkongreß in Hamburg konnte OPPENHEIM eine Reihe von weiteren Fällen demonstrieren (Naevusbildung und idiopathische Hautatrophie an der gleichen Extremität — Vorkommen von Atrophien an Stellen, wo gewöhnlich Naevi vasculosi zu sitzen pflegen, z. B. an der Stelle des Mongolenflecks — Vorkommen von Hautatrophien, gepaart mit sonstigen Anomalien), Fälle, die OPPENHEIM den Standpunkt einnehmen lassen, daß

Digitized by Google

„die Atrophia cutis idiopathica zu den angeborenen und naevusartigen Affektionen zu rechnen sei". Auch Zinsser, Bruck, Bettmann und Janovský glauben an eine angeborene Grundlage der Poikilodermie. Bruck wegen des gleichzeitigen Bestehens einer Ichthyosis (angeborene Schwäche des elastischen Gewebes und des Verhornungsapparates). Zinssers Fälle (Brüder!) litten beide an einer Nagelanomalie. Familiäres Vorkommen liegt auch bei Janovskýs Fällen (3 Geschwistern) vor. Für Bettmann endlich sind der Beginn der Krankheit in der Jugend, die gleichzeitigen Mißbildungen, die Muskeldystrophie und die leukoplakischen Veränderungen in ihrer Kombination deutliche Zeichen einer angeborenen Anlage der Erkrankung.

Eine besondere Beachtung verdient noch das innersekretorische Moment. Schon die ersten Autoren, vornehmlich Jadassohn, haben auf die Beziehungen der Jakobischen Krankheit zur Sklerodermie aufmerksam gemacht, die ihrerseits mit Schilddrüsenanomalien in Verbindung gebracht wird. Aus der französischen Literatur der letzten Zeit liegt ein Fall von Poikilodermie vor (Milian et Périn), bei dem die Autoren auf die bestehenden Verdauungsstörungen, Neigung zu Zornesausbrüchen und, diesen Symptomen wohl übergeordnet, die Struma der Patienten hinweisen. Civatte hält einen Zusammenhang zwischen der von ihm beschriebenen Dermatose des Gesichts und der Nebennierenfunktion für wahrscheinlich, und zwar auf Grund der therapeutischen Wirkung des Suprarenins in manchen Fällen. Klauder hat ebenfalls nach Nebennierenpräparaten Besserung gesehen. — Von großem Interesse ist ein zur Obduktion gelangter Fall einer der Jacobischen Krankheit nahestehenden Hautatrophie. Wertheim fand dabei nämlich eine ungewöhnlich hochgradige Atrophie der Hypophyse und nimmt einen kausalen Zusammenhang an. Ein analoger Fall mit Hypophyseninsuffizienz wurde von Leszczýnski in der Sitzung der Lemberger Dermatologischen Gesellschaft vom 7. Oktober 1926 demonstriert. Die von Mierzecki vorgenommene Sektion einer Poikilodermie ergab dagegen nichts Besonderes.

Als eine der letzten Publikationen ist noch ein Fall aus der Züricher Klinik zu erwähnen. Blochs 24jähr. Patientin zeigte an vier Organsystemen pathologische Erscheinungen: an der Haut typische Poikilodermie; an den Augen juvenile Katarakt; in der Genitalsphäre Atrophie bzw. Agenesie von Ovarien und Uterus, zugleich mit kümmerlicher Entwicklung der äußeren Geschlechtsorgane; am Nervensystem eine Übererregbarkeit des Parasympathikus. Also wenn irgend, dann kann man hier an eine keimplasmatisch bedingte Atrophodermie denken.

Und wie steht es mit unserem Fall in dieser Beziehung? Wenn auch auf den ersten Blick die Hautveränderungen an Lues (serpiginöses Syphilid) denken lassen und dieser Verdacht durch die schwach aber deutlich positiven Seroreaktionen bestärkt wird, so spricht dagegen, daß das Bild, wie der Patient auf das bestimmteste angibt, seit 20—25 Jahren unverändert besteht und daß nie knotige oder ulzeröse Prozesse vorhergegangen sind. Während der Salvarsankur, die wegen der wahrscheinlich luischen Apoplexie eingeleitet wurde, konnte auch nicht die geringste Beeinflussung der Hauterscheinungen beobachtet werden. — Seit der ersten Beschreibung standen namhafte Dermatologen, wie Kreibich und

Digitized by Google

Arndt, auf dem Standpunkt, daß es sich bei der Jakobischen Krankheit um den Endeffekt eines Lupus erythematodes handeln könne, eine Ansicht, die sich schwer beweisen und schwer widerlegen läßt. Wie Bruck damals, so möchten wir jedoch auch in unserem Falle und aus den gleichen Erwägungen diese Annahme für unwahrscheinlich halten: der Prozeß ist seit Jahrzehnten stationär, subjektive Beschwerden hat er nie gemacht, und irgend welche entzündlichen Erscheinungen sowie Hyperkeratosen, insbesondere follikuläre, waren nicht vorhanden. Wir glauben daher, daß nur eine Poikilodermia Jakobi in Frage kommen kann und sind geneigt, auf Grund der fast ganz einseitigen, mit der Medianlinie abschneidenden, naevusartigen, in der Jugend entstandenen Hautveränderungen eine angeborene Grundlage für die Entstehung der Krankheit anzunehmen.

Literatur

Die ältere Literatur siehe bei Bruck, Derm. W., 1919, Bd. 68, Nr. 24.

Neuere Literatur: Barber, Proc. of the Roy. Soc. of Med., 1926, Bd. 19, Nr. 10. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 22, S. 651. — Bettmann, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 129. — Bloch, Schweiz. m. W., 1926, Jg. 56, Nr. 31. — Cappelli, Giorn. ital. delle mal. vener., 1922, Bd. 63, H. 2. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 6, S. 263. — Civatte, Presse méd., 1922, Jg. 30, Nr. 53. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 6, S. 516. — Dohi, Japan. journ. of derm., 1924, Bd. 24, Nr. 5. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 14, S. 451. — Flehme, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 135. — Fuhs, Derm. Zschr., 1926, Bd. 48. — Holländer: Arch. of Derm., 1924, Bd. 10, Nr. 5. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 16, S. 560. — Jadassohn, Diskuss. zu Finger, Arch. f. Derm., 1914, Bd. 119. — Janovský, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 130. — Klauder, Arch. of Derm., 1924, Bd. 10, Nr. 5. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 16, S. 210. — Kren, Nobl, Diskuss. zu Volk. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 17, S. 416. — Lane, Arch. of Derm., 1921, Bd. 4, Nr. 5. Zbl. 4, S. 33. — Leszczýnsky, Demonstr. Lemberger Derm. Ges. v. 7. X. 1926. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 22, S. 627. — Louste, Thibaut et Cailliau, Bull. de la soc. franç. de derm., 1925, Jg. 32, Nr. 2. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 17, S. 794. — Mierzecki, Lemberger Derm. Ges. v. 18. II. 1926. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 20, S. 536. — Milian et Périn, Bull. de la soc. franç. de derm., 1925, Jg. 32, Nr. 3. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 18, S. 361. — Oppenheim, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 139. — Rasch, Brit. J. of Derm., 1925, Bd. 37, Nr. 11. Ref. Zbl. f. H. u. G., Nr. 19, S. 649. — Schmidt, Demonstr. Vslg. Südwestdtscher Derm., Frankfurt a. M., März 1925. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 17, S. 45. — Wertheim, Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150. — Wertheimer, Arch. of Derm., 1922, Bd. 6, Nr. 2. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 6, S. 516. — Whitehouse, Arch. of Derm., 1923, Bd. 7, Nr. 6. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 9, S. 386. — Wile, Arch. of Derm., 1923, Bd. 8, Nr. 6. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 11, S. 473. — Zeisler, Arch. of Derm., 1923, Bd. 7, Nr. 5. Ref. Zbl. f. H. u. G., Bd. 10, S. 432.

Aus der I. urologischen Abteilung der Teleia in Budapest (Chefarzt: Dr. A. Emödi)

Über allergische Hautreaktionen bei der Gonorrhoe und ihre Beeinflussung durch Serum

Von

Dr. E. Rajka, Oberarzt der Abteilung

Die Gonorrhoe kann die allergische Veränderung der Haut nach sich ziehen, welche sich darin äußert, daß auf intrakutane Applikation von Gonokokkenvakzinen, bzw. ihrer Extrakte (Gonotoxin) eine entzündliche Hautveränderung entsteht. Bruck war der erste, der an Gonorrhoikern

Digitized by Google

mit der Pirquetschen Methode Gonotoxinimpfungen ausgeführt hat; seine Befunde wurden von Neisser, Giorgis, Aronstam, Irons, Köhler, London, Decastro u. a. bestätigt. Peters bekam bei gonorrhoischen Männern häufiger positive Resultate als bei kranken Frauen und Kindern, letztere reagierten überhaupt viel schwächer.

Die kutane Allergie kann auch experimentell sowohl an Menschen, wie an Tieren hervorgebracht werden. An Menschen ist es Lehner und Rajka gelungen, durch intrakutane Serienimpfungen von Gonokokkenvakzine in ein und dieselbe Hautstelle die Haut gegenüber der Vakzine spezifisch zu sensibilisieren; an Tieren haben Borjn und Scherischorina festgestellt, daß mit lebenden und abgetöteten Gonokokkenkulturen subkutan, intraperitoneal, intravenös geimpfte Meerschweinchen und Kaninchen auf die intrakutane Injektion der Vakzine positiv reagierten. Die Tiere, welche mit lebenden Kulturen behandelt wurden, zeigten eine kräftigere und dauerhaftere Reaktion als die mit abgetöteten Keimen behandelten.

Zahlreiche Autoren (Sakaguchi und Watabiki, Brandweiner und Hoch, Cherry und di Palma, Cook und Stafford, Herrold, Mucci usw.), halten die allergische Hautreaktion bei der Gonorrhoe für nicht genügend spezifisch, weil neben der positiven Vakzinereaktion manchmal auch die Kontrollflüssigkeit eine positive Reaktion ergibt und die Gonokokkenvakzine öfters auch an normalen Individuen eine Hautentzündung hervorruft. Dieses Verhalten der allergischen Gonoreaktion ist aber zum Teil dem Umstande zuzuschreiben, daß mit dem Eintreten der spezifischen Überempfindlichkeit eine gewisse Unspezifität einhergeht, d. h. die spezifisch sensibilisierte Haut in gewissem Grade auch gegenüber nichtspezifischen Einwirkungen überempfindlich wird, zum Teil dem Umstande, daß das Allergen (Gonokokkenvakzine) nicht genügend spezifisch eingestellt ist. Es muß nämlich getrachtet werden, daß die zur Verwendung gelangende Dosis an nichtgonorrhoischen Individuen keine Hautentzündung hervorruft. Die Resultate der verschiedenen Autoren sind nur schwer miteinander zu vergleichen, da ganz verschiedene Vakzinen gebraucht wurden. Im allgemeinen wurden viel zu hohe Dosen (3—10 Milliarden pro Kubikzentimeter!) verwendet. Zur Prüfung der Kutanallergie steht derzeit noch kein einheitlicher Gonotest zur Verfügung, deshalb müssen die zur Verwendung kommenden Vakzinen vorerst eingestellt werden, d. h. es kommen nur diejenigen Vakzinen in Betracht, welche an Gonorrhoe nicht durchgemachten Individuen keine Reaktion, an Gonorrhoikern hingegen deutliche Entzündung hervorrufen.

Wir haben mehrere Vakzinen ausprobiert; diejenigen welche an jeder Person entzündliche Reaktion hervorriefen, mußten fallen gelassen werden. Die zur Verwendung gelangende Vakzine enthielt nur wenig Keime: 20—25 Millionen pro Kubikzentimeter, bei niedriger Temperatur schonend getötet, mit geringem Karbolzusatz ($^1/_4$ %). Die wirksame Substanz der Gonokokkenvakzine ist derzeit unbekannt; es müßte in der Zukunft getrachtet werden, das wirksame Prinzip in möglichst gereinigter Form darzustellen. Die Kutanproben wurden stets an der Innenfläche des Unterarmes ausgeführt, von der Vakzine wurde 0,1 ccm intrakutan injiziert.

Digitized by Google

Insgesamt wurden 131 gonorrhoische Fälle (nur Männer) und 45 Kontrollfälle geprüft, welche Gonorrhoe nie überstanden hatten. Letztere gaben bei der oben erwähnten Dosierung in überwiegender Mehrzahl eine negative Reaktion. In einigen Fällen bekamen wir auch an Kontrollindividuen positive Reaktionen; in diesen Fällen stellte sich entweder heraus, daß sie doch Gonorrhoe durchgemacht hatten, was mit den Erfahrungen der meisten Autoren in Einklang steht, wonach sich in einzelnen Fällen die kutane Allergie auch nach Überstehen der Krankheit eine Zeit lang nachweisen läßt (Fuchs), oder aber es handelte sich um vorübergehende, nichtspezifische Reaktionen. Von den 131 Fällen gaben 110 positive Kutanreaktion (85%) und 21 (15%) Gonorrhoiker reagierten überhaupt nicht; bei letzteren kann angenommen werden, daß die Kutanallergie sich nicht entwickelt hat.

Die kutanen Vakzinereaktionen erreichten im Durchschnitt in 24 bis 48 Stunden ihr Maximum und dauerten zumindest 72 Stunden lang; öfters nahm die Reaktion auch noch nach 4—6 Tagen zu. Es kam auch vor, daß die Reaktion während der ersten 48 Stunden sich überhaupt nicht meldete und die Hautentzündung nur nach 3—4 Tagen auftrat. In der Mehrzahl der Fälle bestand die Reaktion aus Hyperämie mit geringgradiger exsudativer und zelliger Infiltration, manchmal bildete sich ein deutliches Ödem, oder eine zentrale Papel mit umgebender Area. Die sich rückbildende Hyperämie wurde zuerst zyanotisch und verschwand allmählich; in einzelnen Fällen blieb an Stelle der Reaktion eine netzförmige Zyanose lange Zeit hindurch bestehen. Die Kontrollreaktionen (Karbol-Kochsalzwasser) fielen im allgemeinen negativ aus, nur vereinzelt kamen nichtspezifische Reaktionen zur Beobachtung, welche gleichzeitig die vakzinelle Reaktion ebenfalls vergrößerte. Diese nichtspezifischen Reaktionen vergingen aber schnell: binnen 1—2 Tagen.

Nach der klinischen Form klassifiziert kamen die positiven Reaktionen bei folgenden Kranken vor:

	Nie Gonorrhoe gehabt	Gonorrhoe durchgemacht	Zusammen
Gonorrhoea acuta ant.	12[1])	7	19
Gonorrhoea chron. ant. (Strictura part. ant.)	—	3	3
Gonorrhoea acuta totalis, zum Teil akute Prostatitis	10[2])	6[3])	16
Gonorrhoea chron. tot. Ein- oder beiderseitige Prostatitis, zum Teil auch Spermatozystitis	20[4])	34[5])	54
Gonorrhoea tot. Epididymitis acut. oder chron. Spermatozystitis, zum Teil Prostatitis	8[6])	10[7])	18
	50	60	110

Die kutane Allergie kann sich also schon früh einstellen, auch bei akuten Anteriorprozessen. Die Befunde von Fuchs, nach welchen die

[1]) Bei 6 war der Prozeß 8—10tägig, bei den übrigen seit 3—4 Wochen. — [2]) Bei 6 Vakzinebehandlung. — [3]) Bei 1 Vakzinebhandlung. — [4]) Bei 5 Vakzinebehandlung. — [5]) Bei 7 Vakzinebehandlung. — [6]) Bei 1 starke Herdreaktion, bei 5 Vakzinebehandlung. — [7]) Bei 8 Vakzinebehandlung.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

Allergie 6 Tage nach der Erkrankung auftritt, können wir im großen und ganzen bestätigen, denn wir haben öfters beobachtet, daß nie früher Gonorrhoe durchgemachte, frische Gonorrhoefälle mit 8—10tägigen Prozessen bereits eine kutane Allergie aufwiesen. Die Kutanallergie stellte sich in jedem Stadium der Gonorrhoe ein, bei den verschiedensten Komplikationen; es gibt daher keine Krankheitsform, für welche die Allergie besonders charakteristisch wäre.

Öfters bekamen wir in mit starken klinischen Erscheinungen einhergehenden Fällen, auch wenn sie schon Gonorrhoe durchgemacht hatten oder dabei in Vakzinebehandlung standen, negative Kutanreaktionen. Dies stimmt insofern mit den Erfahrungen anderer Autoren überein, als gegenüber den 80%igen positiven Reaktionen bei akuten Anterior- und Posteriorprozessen Nebenhodenentzündungen, Arthritiden, chronische Metritiden nur in 31% positive Reaktionen gaben (Mucci). In diesen negativen Fällen kann angenommen werden, daß die in den Zellen befindlichen entzündungswidrigen Substanzen (Antikutine) die Ausbildung der Kutanreaktion verhindern, so wie dies von Engwer bei der tiefen Trichophytie vermutet wurde.

Die negativen Reaktionen nach der klinischen Form geordnet zeigt folgende Tabelle:

	Nie Gonorrhoe gehabt	Gonorrhoe durchgemacht	Zusammen
Gonorrhoea acuta tot., zum Teil akute Prostatitis	3[1]	2[2]	5
Gonorrhoea chron., ein- oder beiderseitige Prostatitis, zum Teil Spermatozystitis	4[3]	6[4]	10
Epididymitis acuta und chron.	—	2[5]	2
Gonorrhoea acuta ant.	1	1	2
Gonorrhoea chron. ant.	1	1	2
	9	12	21

Das Überstehen der Gonorrhoe beeinflußt scheinbar nicht besonders die Kutanallergie, denn zwischen den positive Reaktionen gebenden Fällen kommen Gonorrhoe überstandene Kranke ebenso oft vor, wie solche, die noch keine Gonorrhoe hatten. Dies kann dem Umstande zugeschrieben werden, daß die Kutanallergie nicht sehr dauerhaft ist; nach einzelnen verschwindet sie sogar zumeist mit der Heilung. Aber auch in diesen Fällen kann angenommen werden, daß bei den Gonorrhoe durchgemachten Individuen die Allergie sich viel leichter einstellt, denn die Zellen, welche einmal Reagine gebildet haben, erlangen diese ihre Fähigkeit viel schneller. Die Vakzinebehandlung beeinflußt, wie schon andere Autoren beobachtet haben, die Kutanreaktionen nicht besonders; zwischen den positiven Fällen kommen solche, welche unter Vakzinebehandlung standen, ebenso oft vor, wie solche, welche Vakzineinjektionen nicht bekamen. Nach Herrold schwächt die vorhergehende Vakzinebehandlung die Kutanreaktionen eher ab.

[1]) Bei 2 Vakzinebehandlung. — [2]) Bei 1 Vakzinebehandlung. — [3]) Bei 1 Vakzinebehandlung. — [4]) Bei 1 Vakzinebehandlung. — [5]) Bei beiden Vakzinebehandlung.

Digitized by Google

Die Kutanproben wurden außer mit reiner Vakzine auch mit mit Immunserum gemischten sogenannten sensibilisierten Vakzinen ausgeführt. Das Immunserum stammte von Kaninchen, welche vorher Gonokokkenvakzineimpfungen bekamen[1]). Das Immunserum wurde mit der Vakzine zu gleichen Teilen gemischt, und zwar derart, daß 0,1 ccm des Gemisches dieselbe Keimzahl enthielt wie dieselbe Menge der reinen Vakzine. Von den 110 geimpften Kranken reagierten die meisten (82) auf beiderlei Injektionen, 28 (25%) zeigten aber nur auf die Anwendung reiner Vakzine entzündliche Reaktionen, mit Serum gemischt fielen die Reaktionen negativ aus; das Immunserum schwächte demnach die Vakzinereaktion vollständig ab. Die oben erwähnten 21 negativen Fälle, welche auf reine Gonokokkenvakzine nicht reagierten, gaben auch auf die Injektion des Immunserum- + Vakzinegemisches keine Reaktion; das Immunserum- + Vakzinegemisch allein rief also in keinem Falle entzündliche Reaktion hervor.

In den 82 Fällen, in welchen beide Injektionen (reine Vakzine und Immunserum + Vakzinegemisch) positive Reaktionen aufwiesen, waren deutliche Unterschiede in der Wirkung beider Injektionen zu beobachten. Nur im geringeren Teil der Fälle (12 = 11%) war die Entzündung nach Injektion beider Vakzinen gleich groß, im größeren Teil (bei 70 = 64%) war die Hautentzündung, hervorgerufen durch Injektion der reinen Vakzine, stets größer als die des Immunserum- und Vakzinegemisches, das Immunserum schwächte demnach in diesen Fällen die Wirkung der Vakzine ab.

Untersuchte Fälle	Gonorrhoiker 131	Nichtgonorrhoiker 45
Auf Gonokokkenvakzine reagierten	110 (85%)	—
" " " nicht	21 (15%)	45
Auch auf Immunserum + Vakzinegemisch reagierten	82	—
Davon zeigten unveränderte Reaktionen	12 (11%)	
" " abgeschwächte "	70 (64%)	98 (89%)
Auf Immunserum- + Vakzinegemisch reagierten nicht	28 (25%)	

In bezug auf die Größe der allergischen Hautreaktionen haben wir nur 3 × 3 mm übersteigende entzündliche Herde als positiv betrachtet und je nach der Größe folgendermaßen bezeichnet: 3—5 mm: +, 5 bis 10 mm: ++, 10—15 mm: +++, 15—20 mm: ++++ und mit +++++ die 20 mm im Durchmesser übersteigenden Reaktionen.

Verteilung der Reaktionen nach der Größe geordnet:

	Reine Vakzine	Immunserum + Vakzinegemisch
+	23	63
++	72	14
+++	2	5
++++	3	—
+++++	10	—
	110	82

[1]) Für die Bereitung der Gonokokkenvakzine spreche ich Herrn A. Steiner dem Laboratoriumsleiter des Pápay-Institutes, für die Bereitung der sensibilisierten Vakzine Herrn E. Szilas, Laboratoriumsleiter der Teleia, auch an dieser Stelle meinen besonderen Dank aus.

Digitized by Google

Am häufigsten kommen also bei den reinen Vakzineimpfungen die ++-Reaktionen (5—10 mm), bei der sensibilisierten Vakzine, der abschwächenden Wirkung gemäß, die +-Reaktionen vor.

In den Fällen, in welchen die reine Vakzine stärkere Reaktionen gab als die mit Immunserum gemischte, bzw. letztere überhaupt keine Entzündung hervorrief (28 Fälle), muß daran gedacht werden, daß gewisse im Serum vorhandene abschwächende Substanzen die Wirkung der Vakzine herabsetzten, bzw. unwirksam machten. Es könnte diese abschwächende Wirkung den im Immunserum supponierten Antitoxinen zugeschrieben werden. Da aber die Abschwächung nicht in jedem Falle, sondern nur in 89% zustande kam, kann angenommen werden, daß die abschwächende Wirkung nicht nur durch Antitoxine, sondern auch durch besondere Antikutinsubstanzen ausgeübt wird, welche auch in normalem Menschenserum vorkommen (s. später). Würde die Abschwächung nur der antitoxischen Wirkung der Immunseren zuzuschreiben sein, so müßte sie sich in jedem Falle einstellen. Bei anderen Erkrankungen (Trichophytie, Lues, Asthma usw.) stellte sich ebenfalls heraus, daß Gewebsextrakte und Sera der betreffenden Kranken abschwächend auf das pathogene Agens wirken; wahrscheinlich gelangen die abschwächenden Substanzen (Antikutine) aus den Gewebszellen in das Blut. Fälle, in welchen die sensibilisierte Vakzine größere Reaktion erzeugt hätte als die reine Vakzine allein, wurden nicht beobachtet, entzündungssteigernde Substanzen konnten also im Immunserum nicht nachgewiesen werden.

Die Intensität der Abschwächung zeigt folgende Tabelle:

von	++	auf 0	: 11
„	+++	„ 0	: 19
„	+++++	„ 0	: 2
„	++	„ +	: 54
„	+++	„ +	: 1
„	++++	„ +	: 1
„	++++	„ +	: 3
„	++++	„ ++	: 1
„	+++++	„ ++	: 2
„	++++	„ +++	: 1
„	+++++	„ +++	: 3
			98

Die Abschwächung war im allgemeinen geringfügig, am häufigsten kam die +-Abschwächung vor (von ++ auf +); sie ist in gewissem Grade unabhängig von der anfänglichen Reaktion. Eine Ausnahme bilden jene Fälle, bei welchen die Abschwächung bis auf 0 zurückging; bei diesen kann nämlich nicht entschieden werden, ob die Abschwächung nicht etwa noch weiter geschritten wäre, wenn die Anfangsreaktion eine größere gewesen wäre. Der Umstand, daß die Abschwächung im allgemeinen eine geringe war, läßt darauf schließen, daß wir in den bis zur Anergie gehenden Fällen die Abschwächung als tatsächliches Maximum annehmen dürfen.

Die abschwächende Wirkung des Immunserums äußerte sich nicht nur in der Abnahme der Größe der entzündlichen Reaktion, sondern auch darin, daß ihre Dauer stark abgekürzt wurde. Die Vakzinereaktionen bleiben im allgemeinen sehr lange: 5—10 Tage, des öfteren

Digitized by Google

wochenlang bestehen; bei der sensibilisierien Vakzine verkürzte sich diese Zeit, und häufig war schon nach 48—72 Stunden keine Entzündung mehr zu sehen, gleichgültig, ob die Anfangsreaktionen gleich groß waren oder Unterschiede zeigten.

Außer dem Immunserum haben wir die Gonokokkenvakzine (zu diesen Zwecken kam die Vakzine des PÁPAYschen und des Pariser PASTEUR-Institutes zur Anwendung) auch mit Blutserum gonorrhoischer und normaler, d. h. Gonorrhoe sicher nicht durchgemachter Individuen gemischt. Als Gonorrhoikerserum haben wir das Serum von Kranken mit chronischer totaler, bzw. mit akuter totaler Gonorrhoe angewendet; die Mischung geschah zu gleichen Teilen, so daß je 1 ccm des Gemisches 20—25 Millionen Keime enthielt. Als Kontrolle diente die entsprechende Dosis (20—25 Millionen Keime pro Kubikzentimeter) desselben Gonokokkenstammes.

Mit dem Gonorrhoikerserum- + Vakzinegemisch haben wir 88 Gonorrhoiker geimpft (intrakutan je 0,1 ccm), und zwar solche, die schon vorher eine kutane Allergie zeigten. Von diesen gaben 33 (37%) gleich starke Reaktionen mit der Kontrolle (reine Vakzine), d. h. in diesen Fällen wurde die Vakzinekutanreaktion durch das Gonorrhoikerserum weder abgeschwächt, noch verstärkt. In 36 Fällen (41%) erzeugte das Gemisch geringere Reaktionen als die Kontrolle, d. h. die Vakzinereaktion wurde abgeschwächt und in 19 Fällen, also im geringeren Teil der Fälle (22%), hat die Reaktion zugenommen. Die Beeinflussung der allergischen Reaktion war bei weitem nicht so stark, wie beim Immunserum; in Millimetern ausgedrückt betrug sie zumeist nur 2—3—4 mm. Differenzen, welche 1 mm nicht überstiegen, wurden nicht in Betracht gezogen. In einigen Fällen war die Abschwächung intensiver, sie ging über 10 mm hinaus (3 Fälle) und in 2 Fällen ging die Abschwächung bis zur vollständigen Anergie. In 6 Fällen steigerte das Gonorrhoikerserum die Vakzinereaktion derart, daß gegenüber der negativen Kontrollreaktion das Serumgemisch positive Reaktion hervorrief. In einzelnen Fällen hat sich die gesteigerte Reaktion später, nach Tagen, verringert und fiel geringer als die reine Vakzinereaktion aus; es kamen auch Fälle vor, bei welchen die Vakzinekontrollreaktion nur in den ersten 48 Stunden negativ, später aber positiv wurde. Sowohl die abschwächende, wie die steigernde Wirkung äußerte sich in 48 Stunden, manchmal kam sie aber noch später zum Vorschein.

Gegenüber dem Immunserum besteht also der Hauptunterschied darin, daß das Serum von Gonorrhoikern in viel weniger Fällen die abschwächende Wirkung zeigte und daß die Abschwächung im allgemeinen geringer war, ferner waren mit dem Gonorrhoikerserum in gewissen Fällen (22%) entzündungssteigernde Substanzen nachweisbar, wohingegen solche durch das Immunserum nie zur Beobachtung kamen. Das spricht für die bereits oben erwähnte Auffassung, daß im Immunserum auch Antitoxine vorhanden sind, welche die Wirkung der Vakzine in stärkerem Maße paralysieren.

Mit der Mischung Normalserum + Gonokokkenvakzine haben wir 67 gonorrhoische Kranke geimpft, deren Haut sich gegenüber der Vakzine allergisch verhielt. Von diesen gab bei 32, also bei ungefähr

Digitized by Google

der Hälfte (48%) die Serummischung und die Vakzinekontrolle gleich große Reaktionen, in 22 Fällen stellte sich auf die Wirkung des Normalserums eine Abschwächung ein (33%), und in 13 Fällen (19%) gab die Mischung stärkere Reaktionen als die reine Vakzine. Gegenüber dem Immun- und Gonorrhoikerserum wurden also bei der Verwendung von Normalserum viel weniger Reaktionen beeinflußt. Die Beeinflussung war auch hier im allgemeinen, so wie beim Gonorrhoikerserum, geringfügig: 2—3—4 mm und nur in einigen Fällen erreichte die Abschwächung mehr wie 5 mm, bzw. schwächte bis zur Anergie ab (2 Fälle); in 3 Fällen stellte sich eine Steigerung auch dort ein, wo die Kontrollreaktion negativ ausfiel. In einigen Fällen verhielten sich Gonorrhoiker- und Normalserum verschieden, ersteres schwächte ab, letzteres steigerte oder aber zeigte nur eines von beiden eine Beeinflussung.

Aus der tabellarischen Zusammenstellung der Wirkung des Immun-, Gonorrhoiker- und Normalserums, welche sich an allergischen Individuen in der Beeinflussung der allergischen Kutanreaktion meldet, ist ersichtlich, daß die allergische Hautreaktion am wenigsten durch das Normalserum beeinflußt wird, das Serum von Gonorrhoikern entfaltet schon eine stärkere Wirkung und das Immunserum wirkt am stärksten. Die Beeinflussung äußert sich hauptsächlich in Abschwächung, diese ist beim Immunserum die stärkste; steigernde Substanzen kamen nur durch Vermittlung von normalem und Gonorrhoikerserum zum Vorschein, und zwar ungefähr im gleichen Grade.

Wirkung des Serums	Gleich groß mit der Vakzinekontrolle	Abschwächung der Vakzinekontrolle	Steigerung der Vakzinekontrolle
Immunserum	11%	89%	—%
Gonorrhoikerserum . .	37%	41%	22%
Normalserum	48%	33%	19%

Literatur

Aronstam, The urol. and cut. rev., 1913. — Borjn und Scherischorina, Rev. d. microbiol. et d'épidémiol., 1925, Bd. 4, S. 81; ref. Zbl. f. Hautkr., Bd. 17, S. 917. — Brandweiner und Hoch, W. kl. W., 1913, Nr. 23. — Bruck, D. m. W., 1909, Nr. 11. — Cherry und di Palma, J. Am. m. Ass., 1921, Bd. 76, S. 1572. — Cook und Stafford, J. of infect. dis., 1921, Bd. 29, S. 561; ref. Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 4, S. 292. — Decastro, Gaz. internat. d. méd. et chir., 1914, Nr. 10. — Engwer, B. kl. W., 1921, S. 803. — Fuchs, Arch. f. Derm., 1917, Bd. 123, S. 331. — Giorgis, Gaz. d. osp. e. d. clin., 1912, Bd. 28. — Herrold, J. Am. m. Ass., 1925, Bd. 84, S. 361 und Arch. of path. a. laborat., 1926, Bd. 2, S. 627; ref. Zbl. f. Hautkr., Bd. 22, S. 891. — Irons, J. of infect. dis., 1922, Bd. 2, S. 77 und J. Am. m. Ass., 1912, S. 931. — Köhler, Zschr. f. urol. Chir., 1926, Bd. 19, S. 54. — Lehner und Rajka, Derm. Zschr., 1927, Bd. 50, S. 113 und Krankheitsforsch., 1927, Bd. 5. — London, J. d'urol., 1913., Bd. 3, S. 279. — Mucci, Giorn. ital. di dermat. e sifil., 1925, Bd 66, S. 1418; ref. Zbl. f. Hautkr., Bd. 19, S. 817. — Neisser, B. kl. W., 1916, Nr. 28. — Peters, Arch. f. Derm., 1921, Bd. 131, S. 329. — Sakaguchi und Watabiki, Derm. W., 1912, Bd. 54, S. 717. — Storm van Leeuwen und Kremer, Zschr. f. Immunforsch., 1927, Bd. 50, S. 1,

Digitized by Google

Aus der Universitäts-Hautklinik Jena (Direktor: Prof. B. Spiethoff)

Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans

Ausscheidung, Einfluß auf die Spirochäten. Klinische Gesichtspunkte

Von

Gustav Hopf, Assistent der Klinik

Seit der Veröffentlichung Kolles über das von ihm als Myosalvarsan bezeichnete Formaldehyd-Sulfit-Salvarsan stand uns dieses Präparat durch die Freundlichkeit Geheimrat Kolles zur Verfügung. Es ist dies ein dem Neosalvarsan chemisch und physiologisch außerordentlich nahestehendes Präparat, das nach den Vorversuchen intramuskulär und subkutan reaktionslos vertragen wird. Dies Präparat interessiert nun nicht nur unter dem Gesichtspunkt besonderer Indikationen, sondern wirft gleich wieder die Frage auf nach der größeren und nachhaltigen Wirkung intramuskulär verabreichter Mittel im Vergleich zu intravenös eingeführten. Zu diesem Fragenkomplex gehört die Resorptions- und Ausscheidungsweise.

Um ein Bild über diese Verhältnisse beim Myosalvarsan zu gewinnen, untersuchten wir in einigen Fällen den Urin nach der Abelinschen Methode. Die Probe besteht in der Diazotierung des Salvarsans in saurer Lösung durch Natriumnitrit, worauf sich bei tropfenweisem Zusatz zu alkalischer Resorzinlösung ein tiefroter Farbstoff bildet. Das Myosalvarsan gibt in vitro nur nach kurzem Erhitzen einen positiven Ausfall der Probe. Nachdem es den Körper passiert hat, fällt die Probe im Urin aber stets positiv aus. Die Resultate sind in der folgenden Tabelle zusammengestellt:

Patient Nr.	10 Min.	1 Std.	2 Std.	3 Std.	4 Std.	5 Std.	6 Std.	7 Std.	8 Std.	9 Std.	10 Std.	11 Std.	12 Std.	post inject. Dosis-Nr.
I	—	+	—	++	—	+/—	—	—	—	—	—	—	—	III
II	—	+/—	+	++	++	++	+/—	—	—	—	—	—	—	III
III	Spur	+/—	+	+	+/—	—	—	—	—	—	—	—	—	I
IV	—	+/—	+	+	+/—	Spur	—	—	—	—	—	—	—	III
V	—	+/—	++	+	+/—	—	—	—	—	—	—	—	—	III
VI	—	—	+/—	++	+++	+	—	—	—	—	—	—	—	III
VII	—	+	+	+	+/—	—	—	—	—	—	—	—	—	II
VIII	—	+/—	+/—	+	+	+/—	—	—	—	—	—	—	—	I
IX	—	+/—	++	++	+++	+	—	—	—	—	—	—	—	III
Xa	—	+/—	++	+	Spur	—	—	—	—	—	—	—	—	II
Xb 2. Inj. nach 24 Std.	—	+/—	++	++	+	+	+/—	—	+/—	—	—	—	—	II
XIa	—	+	++	+	—	—	—	—	—	—	—	—	—	III
XIb 2. Inj. nach 7 Tagen	—	+	++	+++	+++	++	+	+/—	—	—	+/—	—	—	III

Digitized by Google

Es wurde außer in den angegebenen beiden Fällen die Ausscheidung nur nach der ersten Myosalvarsaninjektion untersucht. Die Flüssigkeitszufuhr war immer gleichmäßig gering, so daß wir aus der Stärke der Reaktion gewisse Rückschlüsse auf die Menge des ausgeschiedenen Salvarsans ziehen zu können glauben.

Demnach zeigte sich, daß nach der intramuskulären Injektion von Myosalvarsan eine nach etwa 2—4 Stunden ihren Höhepunkt überschreitende und bei der ersten Injektion etwas früher als nach intravenöser Salvarsaninjektion erlöschende Ausscheidung von (diazotierbaren) Salvarsan stattfindet. Die Ausscheidung von Salvarsan bei intravenöser Zufuhr tritt dagegen bereits nach 10 Minuten in außerordentlicher Stärke auf, um nach 6 (Abelin, Kötter) bis 7 Stunden (Riebes) oder um bei dem von Kötter gefundenen zweiten Ausscheidungstyp erst nach über 24 Stunden aufzuhören.

Wir erhalten mit dieser Reaktion nur gewissermaßen die obere Kuppe der Ausscheidungskurve. Und es wäre interessant, hiermit die Arsenausscheidungskurve zu vergleichen. Jedenfalls liegt aber doch wohl die Kurve der therapeutischen Wirksamkeit des Präparates näher an der Ausscheidungskurve des noch nicht weiter abgebauten Salvarsans.

Der Fall Nr. 10 zeigt nach einer 24 Stunden später erfolgten zweiten Injektion in der Ausscheidung eine Verzögerung, die erst nach 9 Stunden die Probe negativ ausfallen läßt, und im Fall Nr. 11 ist noch 10 Stunden nach einer nach 7 Tagen wiederholten Injektion ein positiver Ausfall der Probe festzustellen. Wenn sich das bestätigt, spricht es für eine Zurückhaltung des Myosalvarsans im Körper, die nun durch die zweite Injektion für uns erst durch stärkere und längere Ausscheidung bemerkbar wird. Diese verzögerte Ausscheidung nach der zweiten Injektion stellt eine Differenz im Verhalten des Myosalvarsans zu dem des Neosalvarsans dar, die aus der fehlenden Depotwirkung bei der intravenösen Zufuhr zu erklären wäre.

Die Einwirkung des Neosalvarsans auf die Spirochaeta pallida suchten wir dadurch festzustellen, daß wir nach dem Vorgange von Gregorius relative miteinander vergleichbare Zahlwerte fanden durch die Auszählung möglichst gleichmäßig gewonnenen Reizserums, in der Oelzeschen Zählkammer bei gleicher Vergrößerung mit gleichmäßigem Gesichtsfeld durch Einlegen einer (quadratischen) Ehrlichschen Blende ins Okular (durch Verschieben des Objekts im Kreuztisch um die Seitenlänge des Gesichtsfeldes zählten wir 100 derartige Quadrate durch) und durch Reduzierung der so gewonnenen Zahl auf eine Schichtdicke von 2 μ. Den eigentlichen Hauptzählungen nach der Salvarsaninjektion ging immer ein Tag mit Vorzählung voraus, deren Wichtigkeit Spirthoff bei diesen und ähnlichen Untersuchungen nachdrücklich vertritt.

Unter Berücksichtigung der Schwankungen am Vortage ergab sich in 2 Fällen eine gewisse Steigerung der Spirochätenzahl zwischen 6 und 8 Stunden nach der Myosalvarsan(0,45)-Injektion. Die Spirochäten verschwanden in einem Fall erst 11 Stunden nach der nach 24 Stunden wiederholten zweiten Injektion gleicher Dosis, während in den anderen Fällen die Spirochäten nach 50 und 51 Stunden nach der ersten Injektion von

Digitized by Google

0,45 g vorhanden waren und erst kurz nach der dann erfolgten zweiten Injektion verschwanden.

Wir nehmen danach bei der intramuskulären Myosalvarsaninjektion eine langsame, nicht so brüsk einsetzende Wirkung im Vergleich zu der intravenösen Salvarsaninjektion an.

Diese Eigenschaft macht das Präparat geeignet für einige besondere klinische Indikationen, bei denen eine brüske Salvarsaninjektion vermieden werden soll:

1. Lues cerebri und Neurolues,
2. Luische und nicht luische Herzerkrankungen.

Bei der konnatalen Lues lagen die Dinge zur Zeit so, daß an As-Präparaten Neosalvarsan und Spirozid zur Verfügung standen. Beide Mittel leisten Großes. Eine erhebliche Verstärkung des therapeutischen Rüstzeuges bei dieser schwer zu beeinflussenden Luesform sehen wir in dem Myosalvarsan insofern, als es uns größere Dosierungsmöglichkeiten gestattet als das Neosalvarsan. Das Neosalvarsan war reaktionslos nur bis zu einer Dosis von 0,15 g, darüber hinaus konnte es im allgemeinen nicht angewendet werden. Da wir nun bei der Kuranordnung der Klinik zu dieser Dosis schon im 10. Lebensmonat kommen, verharrten wir bisher solange bei dieser Dosis, bis der intravenöse Weg möglich war, d. h. durchschnittlich bis zum 3. Lebensjahre. Vor dem 3. Lebensjahre fand also bei diesen Fällen eine Unterdosierung statt, die aus äußeren Gründen auch nicht wettgemacht werden konnte durch häufigere Injektionen. Diese Lücke auszufüllen ist das Myosalvarsan berufen. Unsere bisherigen Erfahrungen sind günstig. Sie sind auch günstig, was besonders hervorgehoben werden soll, bei der Keratitis parenchymatosa, hier gerade vielleicht wegen der langsameren Ausscheidung.

Eine selbstverständliche Indikation für das Myosalvarsan ist gegeben bei technischer Unmöglichkeit intravenöser Injektionen und bei den Fällen von Überempfindlichkeit gegen Salvarsan bei venöser Zufuhr, bei denen diese Überempfindlichkeitserscheinungen auch nicht ausbleiben auf Präparatenwechsel und auf alle uns zur Verfügung stehenden Desensibilisierungsmethoden.

Als Lösungsmittel für das Myosalvarsan verwendeten wir Aq. dest. in einer Menge von etwas unter einem Kubikzentimeter pro Zentigramm. In dieser Konzentration erwies sich uns das Präparat am verträglichsten. Bei einwandfrei intramuskulärer, langsamer Injektion (wir wählten regelmäßig hohe intraglutäale Injektion), klagten die Patienten im allgemeinen nicht über Schmerzen. Allerdings trat häufig, besonders bei Erwachsenen ein mehrere Stunden dauerndes, dumpfes Druckgefühl an der Injektionsstelle auf. In einzelnen Fällen gaben die Patienten jedoch außerordentlich heftige Schmerzäußerungen unter der Injektion von sich, die danach langsam abebbten. Gerade in diesen Fällen zeigte die subkutane Injektion oder die Injektion in das Fettgewebe keinen Vorteil. Infiltrate bildeten sich in keinem Fall. Gelegentlich nach einer Injektion auftretende Temperaturanstiege verliefen regelmäßig ganz reaktionslos. Die Myosalvarsaninjektion macht also gewisse, meist aber geringe Beschwerden, die keine Kontraindikation bilden können in den Fällen, bei denen das Myosalvarsan als solches indiziert ist. Dagegen wird es als Mittel der

Digitized by Google

Wahl sich wohl so lange nicht durchsetzen als nicht feststeht, daß bei der intramuskulären Zufuhr ein größerer Enderfolg zu erreichen ist als bei der intravenösen.

Über den therapeutischen Endeffekt des Myosalvarsans, über den bis zu einem gewissen Grade HOFMANN aus der HERXHEIMERschen Klinik berichtet hat, können wir noch nicht viel sagen, einmal wegen der kürzeren Zeit, die uns das Präparat zur Verfügung steht, dann aber auch, weil die von SPIETHOFF durchgeführte chronisch kontinuierliche Luesbehandlung einer entsprechenden Zeit bedarf bis zur Beurteilung des Präparates. Es kann nur soviel gesagt werden, daß die primären und sekundären Erscheinungen gut zurückgehen. Immerhin möchten wir auf die Möglichkeit einer nachhaltigeren Wirkung als bei der intravenösen Injektion hinweisen.

Literatur

ABELIN, M. m. W, 1911, Nr. 19, Nr. 33. — GREGORIUS, Jena, Hautklinik, Arch. f. Derm., Bd. 150, H. 1. — HOFMANN, M. m. W., 1927, Nr. 24. — KÖTTER, Jena, Hautklinik, M. Kl., 1914, Nr. 19. — KOLLE, D. m. W., 1927, Nr. 12. — OELZE, Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten, München 1921. — TREUPEL, Jena, Hautklinik, Derm. Zschr., Bd. 22, H. 2.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 10. März 1927

Vorsitzender: Fasal Schriftführer: Gruss

Kren: **Mykosis fungoides.** 51jähr. Hausgehilfin. Typisches, ausgedehntes, noch völlig unbehandeltes Krankheitsbild von 4jähr. Dauer. Jetzige Ausbreitung seit etwa 3 Wochen. Alle Stadien des Prozesses vom ekzematoiden bis zum Tumorstadium deutlich. Gesicht und Kapillitium zeigen Erscheinungen eines schuppenden, seborrhoischen Zustandsbildes von lividroter Farbe. Stamm weist stellenweise diffuse, poliziklisch scharf umgrenzte flache Infiltrate und fingernagelgroße, leicht knotenförmige Bildungen auf. Eingestreut zahllose Pigmentflecke als Rezidiven spontan regressiver Veränderungen. Am linken Oberschenkel massig konfluierende, elevierte Infiltrate mit flachen, erodierten oder verkrusteten, grobhöckerigen Tumorgebilden. Unterschenkel und Füße erythematos und schuppend. Geringe allgemeine Drüsenschwellung, die in der linken Inguinalgegend zu kleinfaustgroßen Paketen intumesziert ist. Organbefund o. B. 4020000 rote und 10240 weiße Blutkörperchen, Sahli 70; Neutrophile 73%, Eosinophile 8½%, Basophile 1½%, Monozyten 9%, Lymphozyten 8%.

Pils: **Melkerknoten.** 29jähr. Pat. Seit 3 Wochen multiple Knotenbildungen beider Hände, die zum Teil durch Suppuration verändert, an manchen Stellen jedoch noch das typische Aussehen darbieten. Es sind bis kleinmünzengroße, braunrote, derbe, steil elevierte Knoten, die eine deutliche zentrale Dellung erkennen lassen. Pat. ist Melkerin und gibt an, daß mehrere der von ihr betreuten Tiere an einer pustulösen, eitrigen Hauterkrankung leiden. Es handelt sich um eine Übertragung der sogenannten Abortivpocken des Rindes auf die Hände der Melkerin.

Oppenheim: **1. Gumma des rechten Unterschenkels und des weichen Gaumens, durch Spirozid geheilt.** 30jähr. Hausbedienstete, von Freund in der vorletzten Sitzung vorgestellt. Nach 40 Spirozidtabletten vollständige Abheilung beider Gaumen.

2. Gummata cutanea serpiginosa et cicatrisantia mit elephantiastischer Veränderung der Unterschenkelhaut. 35jähr. Bäuerin. Der linke Unterschenkel in seinem unteren Viertel violettrot, derb, manschettenartig verdickt. Die Verdickung setzt sich wulstartig von der leicht ödematösen Haut des Fußrückens ab. Nach oben hin geht

Digitized by Google

sie allmählich in die zum Teil pigmentierte Haut des Unterschenkels über. Die Oberfläche vielfach zerklüftet, von rhagadiformen, rund und unregelmäßig begrenzten, zum Teil großen Geschwüren bedeckt. Die Geschwürsränder kallös, steil abfallend, zum Teil unterminiert. Die oberflächlicheren mehr rund, die tiefgreifenderen mehr unregelmäßig begrenzt. Ihr Grund bald glatt, bald höckerig, zum Teil speckig belegt. Am rechten Unterschenkel reicht die Affektion von der Knöchelgegend hauptsächlich an der Vorder- und Innenseite bis 3 Querfinger unter die Kniescheibe. Die Haut in diesem ganzen Bereich narbig, an der Peripherie braun pigmentiert, livid und zum Teil auch hellrot gefärbt. Im Bereich dieser narbigen Hautpartie teils nierenförmige, teils mehr runde Substanzverluste von verschiedener Tiefe und Größe, die im Bereich der Malleolargegend dieselbe zerklüftete und unregelmäßige Begrenzung aufweisen wie am linken Unterschenkel. An der Hinterseite des Unterschenkels beiderseitig einzelne Narben und vereinzelte Ulzerationen. Röntgenologisch an Tibia und Fibula beiderseits Osteoperiostitis specifica. Luetin +, WR noch nicht gemacht.

3. **Rupia syphilitica als frühzeitige Rezidivform behandelt mit Spirozid.** 24jähr. Schlosser, WR +, Primäreffekt im Juni. Vom Juni bis Oktober 22 Spirozid, volle Schmierkur, 7 Neosalvarsan à 0,45, 16 Bismogenol. Während der Schmierkur trat ein psoriasiformes salvarsanresistentes Syphilid auf, das nach Bismogenol abheilte. WR —, 14 Tage nach der Entlassung eine mehr als talergroße Monorezidive in Form einer Rupia am rechten Unterschenkel. WR +, Spiroch. +. Nach 15 Spirozid verließ der Pat. gebessert das Spital. Ende Januar Wiederaufbruch des alten Ulkus mit drei ungefähr schillinggroßen Ulzerationen in der Umgebung. Luetin +. Nach 28 Spirozid die Ulzerationen im raschen Abheilen begriffen, nachdem vorher durch eine Woche vergeblich Jod gegeben wurde. Der Fall ist interessant durch Auftreten eines psoriasiformen Syphilids während energischer Behandlung, durch Auftreten einer großen Monorezidive 14 Tage nach Abheilung des Exanthems bei negativer WR, schließlich durch Heilung dieser Rezidive durch Spirozid (also bestand keine Arsenfestigkeit mehr.

4. **Sarkokele syphilitica durch Spirozid günstig beeinflußt.** 34jähr. Handelsangestellter, 1924 Primäraffekt, bis 1925 3 kombinierte Kurven. November 1926 Beginn der Verhärtung des Hodens, seit 1927 allmähliche Vergrößerung. Nach 30 Spirozid hat der Tumor des linken Hodens wesentlich abgenommen. O. weist auf die derzeitige Seltenheit der Sarkokele syphilitica gegen früher hin.

Urbach: **Über allergische Ekzeme und Versuche, die ihnen zugrunde liegende Überempfindlichkeit passiv zu übertragen.** 1. Fall: 33jähr. Frau, die bei Aufnahme ein universelles, subakutes Ekzem zum Teil lichenifiziert aufweist, gibt an, bis vor einem Jahr völlig hautgesund gewesen zu sein mit Ausnahme starker Schuppenbildung am Kopfe; deshalb lokale Einreibung mit Arnikatinktur. Etwa 8 Tage später (Inkubation!) plötzliches Auftreten eines Ekzems (Gesicht, Hals), das 14 Tage bestehen bleibt. Nach $^1/_2$ Jahr neuerliche Abtupfung des Kapillitiums mit dieser Tinktur; bereits am nächsten Morgen (verkürzte Inkubation!) ekzematöser Ausschlag an den gleichen Hautpartien, 14 Tage anhaltend. Vor kurzem ohne nachweisbare Ursache neuerliches, jetzt universelles Ekzem. Nach Abklingen desselben Vornahme zahlreicher Hautreizproben, alle negativ bis auf Arnikatinktur; diese auch als 1%ige Lösung +; gleichzeitig Herdreaktion im Gesicht. Prausnitz-Küstner (das Antigen teils auf unverletzte, teils auf skarifizierte Haut aufgelegt) ergibt beide Male nach 10 Minuten leichte Rötung und lokal empfindliches Brennen, durch 20 Minuten anhaltend; eine normale, skarifizierte Hautstelle zeigt bei Arnikaauflage subjektiv nichts, objektiv urtikarielle Erhebung. Übertragungsversuch nach Königstein-Urbach: intrakutan Blasenserum von (mit Arnika) gereizter Haut; Antigen perkutan aufgelegt: objektiv nichts, subjektiv starkes, stundenlang anhaltendes Brennen, Blasenserum von normaler Haut nichts. — 2. Fall: 18jähr. Mädchen, seit dem 4. Lebensjahre an Asthmaanfällen leidend; seit 3 Jahren schweres Gesichts- und Nasenekzem. Gibt an, dasselbe wäre zu der Zeit aufgetreten, da sie ein junges Füllen aufgezogen habe, mit dem sie den ganzen Tag beisammen war; gibt weiter an, daß Ortswechsel das Ekzem in 8 Tagen zur Abheilung bringe. Ein sofort vorgenommener Wohnungswechsel hat eine wesentliche objektive und subjektive Besserung zur Folge. Alle gebräuchlichen Hautreizproben negativ; dagegen verursachen Pferdeschuppen auf normaler Haut deutliches Jucken, das auf lichenifizierter Haut sich sehr verstärkt. Pferdehaare erzeugen auf normaler Haut sehr intensiven Juckreiz, der auf lichenifizierter Haut nach Angabe der Pat. fast unerträglich wird und hier eine akute Exazerbation des Prozesses hervorruft. Gleichzeitig Herdreaktion im Gesicht. Haare auf skarefizierter Haut machen geringere subjektive Symptome (epitheliale Überempfind-

Digitized by Google

lichkeit!). Prausnitz-Küstner (Antigen wird perkutan appliziert): subjektiv lokal starkes Jucken, objektiv nichts. Königstein-Urbach: objektiv und subjektiv nichts.

Stein: 1. **Gruppenweise beieinander stehende Riesenkomedonen.** Die 17jähr. aknefreie Pat. zeigt in der Kreuzbeingegend einen seit frühester Jugend bestehenden, überhandtellergroßen Herd, der von zahlreichen, teils einzelstehenden, teils gruppierten, schwarzen Hornpfröpfen durchsetzt ist, nach deren spontanem Ausfallen grubige, narbig veränderte Vertiefungen zurückbleiben. An einzelnen Stellen fluktuierende Follikularzysten.

2. **Familiäre Syringozystadenome.** Zwei Brüder, 28 und 32 Jahre alt, zeigen an den Seitenteilen des Thorax und vorne am Sternum bräunliche, bis stecknadelkopfgroße Knötchen, die sich histologisch als typische Syringozystadenome erweisen.

Scherber: **Mykosis fungoides.** 26jähr. Frau mit dichter Aussaat heller- bis fünfkronenstückgroßer, mäßig erhabener, rotbrauner, juckender Infiltrate, die, im Zentrum schlüsselförmig einsinkend, peripher weiterschreitend, buchtig figurierte und girlandenförmige Effloreszenzen bilden. Die dichte Aussaat nimmt Gesicht, Hals, Nacken, obere Brust- und Rückenpartien und die Arme ein. Histologisch: Erweiterung der Lymphspalten um die Gefäße des Papillarkörpers, hier lokalisierte Entzündung, Rundzellen, eosinophile und größere Zellen mit lichtem Kern, die auch zerstreut allenthalben im Bindegewebe aufzutreten beginnen und die auch Sternberg als für Mykosis fungoides charakteristisch bezeichnet.

Fuhs: **Eigenartige Akne indurata und phlegmonosa.** 19jähr. Pat.; vor $2^1/_4$ Jahren Beginn der Akne. Die derzeitige starke Eruption seit 2 Monaten. In den mittleren Gesichtspartien Stirn, Nase, Kinn und angrenzenden Wangenanteilen mit scharfer nahezu geradliniger Abgrenzung gegen die normale seitliche Wangenhaut zahlreiche, zum Teil konfluierte, perifollikuläre Knötchen und Knoten mit zentraler Pustel- und zum Teil auch Komedobildung und vielfacher Erweichung, bzw. talgzystenartiger Veränderung. Biopsie: unspezifische Entzündung mit Abszeßbildung und teilweiser Zerstörung der Follikel in der Kutis. Tuberkelbazillenfärbung: negativ. Pirquet-R.: stark positiv, Moro: deutliche Exazerbation der Entzündungserscheinungen am Krankheitsherd, zarte Knötcheneruption an normaler Gesichtshaut. Subkutane Injektion von 1 und 2 dmg Alttuberkulin ergibt deutliche Lokal-, leichte Allgemein- und Andeutung von Herdreaktion. Lungenbefund röntgenologisch und klinisch negativ; linksseitige Hüftgelenkskontraktur nach abgelaufener tuberkulöser Koxitis. Gynäkologischer und Magenbefund o. B.

Oppenheim weist auf die von ihm vorgestellten Fälle von Acne conglobata et indurata hin, bei denen die Tuberkulininjektionen und insbesondere die Herdreaktionen um die einzelnen Akneherde besonders intensiv waren (Dressler Archiv f. Derm.). O. steht auf dem Standpunkte, daß diese Fälle Beziehungen zur Tuberkulose haben, insofern als die Acne conglobata den Boden abgibt, auf dem sich späterhin Tuberkulose entwickeln kann. Manche dieser Fälle reagieren zuerst negativ und zeigen später plötzlich sämtliche Tuberkulinreaktionen positiv. Durch die Tuberkulinbehandlung können diese Fälle geheilt werden.

Arzt: **Splenomegalie (Typus Gaucher).** 17jähr. Pat. Ende Oktober 1926 an beiden Unter- und Oberschenkeln hell- bis lividrote, stecknadelkopfgroße Flecke: Purpura. Blutbefund: morphologisch o. B. Thrombozyten 62400. Diagnose: Thrombopenische Purpura. Mitte Januar 1927 neuerlicher Ausbruch einer Purpura. Transfusion von 200 ccm Blut. Seither keine Hauterscheinungen. Die interne Untersuchung der Pat. ergab die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Morbus Gaucher.

Weltmann hebt hervor, daß der Fall vom Standpunkte des Internisten wegen der Seltenheit der Krankheit und der Schwierigkeit der Differentialdiagnose besonders interessant ist. Die vorgestellte Pat. hat einen 13jähr. Bruder, der gleich ihr eine imposante, große, derbe Milz und auch eine vergrößerte Leber hat. Beide Geschwister zeigen ein leicht gelbes Kolorit und haben auf beiden Augen Pinguekula, die einen Skleralikterus vortäuschen. Der Blutbefund ist bis auf mäßige Leuko- und stärkere Thrombopenie normal. WR negativ. Mit Rücksicht auf das familiäre Auftreten der Krankheit, dem fieber- und beschwerdelosen Verlauf, auf die Milz-, bzw. Milz- und Leberschwellung, sowie auf das gelbe Kolorit mußte die Differentialdiagnose zwischen familiärem hämolytischem Ikterus und Gaucherscher Splenomegalie gestellt werden. Gegen den hämolytischen Ikterus spricht das Mißverhältnis zwischen der Größe des Milztumors und der geringen Intensität der Gelbfärbung, bei genauer Betrachtung auch das Timbre des Kolorits, das sich von der Gallenfarbstoffärbung unterscheiden läßt.

Digitized by Google

Vollends abgetan wird die Annahme des hämolytischen Ikterus durch den Nachweis, daß der Bilirubingehalt des Blutes nicht nur nicht erhöht, sondern unternormal ist. Daher kann auch die herabgesetzte osmotische Resistenz der Erythrozyten, die bei beiden Pat. nachgewiesen wurde, obwohl sie sonst vor allem die Diagnose des hämolytischen Ikterus gestützt hätte, nur als interessanter Nebenbefund gewertet werden. In Gemeinschaft mit P. Deuticke ausgeführte Untersuchungen ergaben einen hochnormalen, bzw. normalen Cholestearingehalt des Blutserums. Dieser Befund spricht gegen die Annahme Eppingers, daß die Cholestearinämie eine bedeutsame Rolle beim Morbus Gaucher spielt und steht in gewisser Übereinstimmung mit dem Befunden Epsteins, der in der Gaucher-Milz weder Cholestearin noch Cholestearinester nachweisen konnte. Ein zweites interessantes Ergebnis ist, daß intravenös injiziertes Kongorot so rasch aus der Blutbahn verschwindet, wie es von Benhold als charakteristisch für die Amyloidose und Nephrose angegeben wird. Das vermehrte Farbstoffbindungsvermögen bei fehlender Kongorotdurchlässigkeit der Niere steht in schönem Einklang mit der Epsteinschen Auffassung der Krankheit als Histiozytomatose, die durch ein gesteigertes Speicherungsvermögen der Zellen ausgezeichnet ist. Betreffs der beim Mädchen aufgetretenen Purpura liegt die Annahme nahe, daß die durch den Gaucher gesetzte Thrombopenie für das Auftreten der Blutungen verantwortlich ist oder sie begünstigt. Dabei könnte die Milz entweder durch ihren hemmenden Einfluß auf die Thrombozytenbildung im Knochenmark (Frank) oder durch ihre thrombozytophage Tätigkeit (Kaznelson) beteiligt sein.

Arzt: **Sarkoma idiopathicum (Kaposi).** 62jähr. Mann. Hautaffektion seit 12—14 Jahren bestehend. Zuerst an den unteren Extremitäten, später auch an den Händen und am Stamm. Leichte Bevorzugung der Streckseiten; an den Armen und Beinen runde und ovale Herde von bläulich-lividroter Farbe, die auf Druck nicht schwinden. An Händen und Füßen elevierte, oft münzengroße Herde von bläulich-lividroter Farbe. Dazwischen blau- bis schwarzrote, kugelige, bis kirschengroße Knoten. Schleimhäute frei. Histologisch sind die Knoten aus zahlreichen Gefäßen aufgebaut, die vielfach strotzend mit Blut gefüllt sind. Dazwischen eine Grundsubstanz, die sich durch lange, fast stäbchenförmige Kerne auszeichnet.

Freund: 1. **Pityriasis lichenoides chronica.** Disseminiertes makulöses luesähnliches Exanthem, das besonders dicht an den Armen (Streck- und Beugeseiten), den Seitenteilen des Rumpfes und in der Glutealgegend ist. Dazwischen depigmentierte bis über fingernagelgroße, leicht schuppende, an der Peripherie etwas überpigmentierte Flecke und spärliche flachpapulöse Effloreszenzen, die eine eingesunkene, graubraune, an der Peripherie von der Unterlage abgehobene Schuppe tragen. Schleimhauterscheinungen fehlen, die WR negativ. Mäßige Bluteosiniphilie (8%), bei Fehlen von Wurmeiern im Stuhle.

2. **Grippe-Exanthem.** Makulöses, Lues gleichendes, nur in der Farbe etwas heller rotes Exanthem, das in der Deferveszenz einer Grippe aufgetreten ist. Typisches Grippeexanthem des weichen Gaumens von fleckigem Charakter. Arzneiexanthem ist auszuschließen, gegen Lues spricht die fehlende Drüsenschwellung, das Fehlen eines Primäraffektes und von spezifischen Schleimhauterscheinungen und die negative WR, sowie die beobachtete rasche Rückbildungstendenz.

Spitzer, E.: **Dermatitis artefícialis.** Lokalisation am Bein. Konsekutives, reflektorisches, universelles Ekzem nach Einreibung mit einer Wachholderölsalbe wegen Rheumatismus.

Riehl jun.: **Elephantiasis penis nach chronischer Entzündung.** 25jähr. Mann. Mächtige, derbe, nicht druckschmerzhafte Verdickung der Vorhaut, sowie der distalen Anteile der Penishaut. Im Bereiche der Verdickung längsverlaufende Narben nach Inzision. An der Dorsalseite des Penis flache, hellergroße Narbe. In inguine links kleine harte Drüse. Pat. litt als Kind wiederholt an Balanitis und Phimose. Mit 14 Jahren großer Abszeß an der Dorsalseite des Gliedes, Abheilung nach Inzision. Ein Monat später neuerlich schmerzhafte Schwellung der Vorhaut, die auf Burow-Umschläge zurückging. Von da an Wiederholung dieses Zustandes in Abständen von mehreren Monaten. November 1926 neuerliche Schwellung, die trotz wiederholter Inzisionen nicht zurückging. Behandlung: Zirkumizision.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Il Dermosifilografo

1926/1927, Bd. 2, H. 1

Auszug aus den in der Versammlung der „Societa Ital. di Dermatologia e Sifilografia" in Rom gehaltenen Vorträgen und Bericht über die Jahresversammlung der „Societa professionale dei dermatologhi italiani". Vortrag Montesanos über die Notwendigkeit und Bedeutung des Spezialfaches der Dermato-Syphilidologie, Berichte und Beschlußfassung zum Thema „Die Reklame von Spezialisten und Spezialitäten". Die Berichte wurden von Sberna und Freund gehalten, welch letzterer seit Jahren einen rücksichtslosen Kampf gegen den Charlatanismus und marktschreierische Zeitungsartikel führt.

Bd. 2, H. 2

Das Vakzin von Nicolle bei der Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen (Il vaccino di Nicolle nella cura dell'ulcera molle e delle sue complicazioni), von G. de Candia-Bari. Verf. hat mit dem neuen Vakzin von Nicolle („Dmelcos") 40 Fälle von teils unkomplizierten, teils komplizierten weichen Schanker und 20 Fälle von verschiedenen anderen Krankheiten behandelt. Außerdem wurde auch die Intrakutanreaktion (0,2 des Vakzins) ausgeführt, welche bei allen Fällen von weichem Schanker ein positives Resultat, in einer roten, von einem erythematösen Hof umgebenen und nach einigen Stunden schwindenden Papel bestehend, ergab. Bei den nicht an Schanker Erkrankten war sie durchweg negativ. Nach den intraven. Injektionen kam es zu sehr heftigen allgemeinen Reaktionen: Übelbefinden, Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Schüttelfrost, Temperatur von 40—40,5°, welche 1—2 Tage anhielt. Dagegen kein Eiweiß. Starkes Schwitzen. An den Geschwüren zeigte sich schon 24 Stunden nach der Injektion Granulation der Ränder, Rötung des Grundes und rasche Epithelisierung. Heilung meist in 8—10 Tagen. Schlußfolgerungen: Rasche Heilung sowohl der Geschwüre als auch der Komplikationen. Empfehlung der intramuskulären Methode.

Über den Wert der Intrakutanreaktion mit Vakzin von Nicolle „Dmelcos" bei der Diagnose des Ulcus molle (Sul valore dell'intradermoreazione col vaccino Nicolle „Dmelcos" nella diagnosi di ulcera venerea), von G. Maggiulli-Genua. Verf. hat bei 100 teils an weichem Schanker teils an anderen Krankheiten leidenden Pat. die Intrakutanreaktion mit „Dmelcos" von Nicolle angestellt und folgende Resultate erhalten: Keine Allgemeinerscheinungen, vorübergehende Leukopenie, Umkehrung der leukozytären Formel, Eosinophilie. Die Reaktion ist streng spezifisch; ihr Grad ist abhängig vom Alter der Läsion und von der Schwere der Komplikationen. Auch bei seit langer Zeit überstandenen weichen Schankern ist die Reaktion positiv.

Klinische Beobachtungen über das Neo-I.C.I. und das Arsenobenzol Pieroni in haltbarer Lösung bei der antiluetischen Behandlung (Osservazioni cliniche sopra il Neo I.C.I. e l'arsenobenzolo Pieroni in soluzione stabile nella terapia antiluetica) von A. Masia-Turin. Verf. hat mit der haltbaren Neosalvarsanlösung (Neo. I.C.I.) des Florenzer chemo-therapeutischen Instituts und mit dem „Arsenobenzolo-Pieroni" des Serotherapeutischen Instituts in Mailand 50 Luetiker aller Stadien in der Klinik Cappelli (Turin) behandelt. Dosierung: 0,15—0,6 steigend mit 5tägigen Intervallen im ganzen 6—12 Injektionen. Sehr gute Verträglichkeit. Keine Nebenwirkungen; Herxheimer ab und zu beobachtet. Therapeutische Einwirkung auch bei Nervenfällen prompt, rasches Schwinden der Spirochäten. Günstige Eiwirkung auf den allgemeinen Zustand. Bezüglich der Einwirkung auf die WR und MR haben die Injektionen bei einigen Primärfällen den Umschlag der anfangs negativen WR in positive nicht verhindern können, was Verf. zu schwachen Dosen zuschreibt. Bei latenten Fällen mit negativer WR konnte dagegen der provokatorische Umschlag hervorgerufen werden. Bei den übrigen war die Einwirkung auf die WR wechselnd, aber im allgemeinen günstig. Beide Präparate scheinen Verf. einander ebenbürtig. Schluß: Die intramuskulären Injektionen beider Präparate sind überall angezeigt, wo die endovenösen undurchführbar sind.

Digitized by Google

Besonderheit bei einem Falle von Lichen ruber planus (Rara particolarità dermatologica in un caso di lichen ruber planus), von Del Piano-Turin. Fall von typischem Lichen ruber planus, bei welchem es an den Stellen, wo vor 5 Monaten Zugpflaster appliziert worden waren, zu einer Aussparung des Lichen gekommen war, was Verf. auf Grund der parasitären Aetiologie des Lichen planus durch die infolge der entzündungserregenden Aktion des Zugpflasters in erhöhter Weise hervorgerufene lokale Immunität erklärt.

Bd. 2, H. 3

Über den Wert einer neuen Seroreaktion für die Diagnose der Syphilis. Die Flockungsreaktion von Dujarric de la Rivière (Sul valore di una nuova sieroreazione per la diagnosi della sifilide. La flocculoreazione di Dujarric de la Rivière), von E. Soscia. Verf. hat mit der Methode von Dujarric (Über die Technik siehe diese Wochenschrift, 1926, Nr. 46, bei Bertanzi, Bericht über die 22. Riunione der „Soc. It. di Derm. e Sif."). 144 Sera von Luetikern aller Stadien, dann von einigen Leprösen und von verschiedenen Hautkranken sowie von Gesunden untersucht. Schlußfolgerungen: die Reaktion ist wenig spezifisch, wenig empfindlich, ohne praktischen Wert und wegen der notwendigen großen Mengen des Serums nicht geeignet, neben der WR angestellt zu werden.

Dermatitis During bei einem Säugling. Heilung durch Autohämotherapie (Dermatite di During in un lattante guarita con l'autoemoterapie), von G. Liota-Messina. 10monatliches Brustkind. Plötzlicher Ausbruch einer heftig juckenden Affektion bestehend aus zahlreichen Blasen mit zuerst klarem, später trübem Inhalte, am ganzen Körper mit Ausnahme der Mundschleimhaut, des Gesichtes und der oberen Brustpartien durch Polymorphismus gekennzeichnet. Einzelne mit klarem Inhalt erfüllte Blasen bis haselnußgroß. Starker Dermographismus. Temperatur 37,5°—38,5°. Verlauf: Da Salben erfolglos, Autohämobehandlung (3 ccm jeden 2. Tag). Nach der 5. Injektion Heilung, welche auch nach 3 Monaten dauernder Beobachtung anhielt. Blutbefund normal. Weiße Blutkörperchen 8000, Eosinophile 10%.

Die Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen mit der spezifischen Vakzinotherapie (La cura dell'ulcera venerea e delle sue complicazioni con la vaccinoterapia specifica), von E. Cortona-Alessandria. Es wurden 24 Fälle von teils nichtkomplizierten teils komplizierten weichen Schankern mit dem Vakzin von Nicolle („Dmelcos") behandelt. Sehr gute Resultate.

Über die Behandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen (Sulla terapia dell'ulcera venerea e delle sue complicacioni), von L. Nardelli-Trient. Verf. hatte anläßlich einer kleinen Epidemie von weichen Geschwüren (76 Fälle in 3—4 Monaten) verschiedene Behandlungsmethoden des weichen Schankers angewandt. Die besten Erfolge erhielt Verf. (17 Fälle) mit endovenösen Injektionen von „Dmelcos"; die Kutireaktion mit „Dmelcos" ergab scheinbar spezifische Resultate.

Gummöse posttraumatische Syphilis und Auftreten von Gummen an der Stelle von früheren Kalomelinjektionen (Sifilide gommosa post-traumatica e insorgenza di gomme in distretti già sede di iniezioni di calomelano), von Fanti-Verona. 31. jähr. Chauffeur. Luetische Infektion 1915. Behandlung mit Kalomel- und später (1916) mit (20) Sublimatinjektionen. Seither ohne Behandlung. 1926 Sturz mit Trauma des linken Beines. Nach einigen Tagen Auftreten einer nußgroßen, schmerzhaften Geschwulst an der verletzten Stelle. Nach einem Monat Exulzeration. Besserung auf Jodkali. Bald darauf Schmerzen in den Gesäßmuskeln und Erscheinen zweier mandarinengroßen Geschwülste an Stellen früherer Kalomelinjektionen mit Exulzeration einer der beiden. Objektbefund: Typische exulzerierende Gummibildung. WR++++. Heilung auf Injektionen von Bi-Präparaten.

Nochmals über die Einschleppung der Syphilis nach Europa (Ancora della invasione della sifilide in Europa), von D. Barduzzi-Siena. Polemik gegen Marèvre und Sigerist. Für Barduzzi ist der amerikanische Ursprung der Syphilis sicher.

Diagnostische Schwierigkeiten bei der Untersuchung einiger Affektionen der Lippen-, Zungen- und Mundschleimhaut (Difficoltà diagnostiche nell'esame di alcune affezioni labio-glosso-faringee), von A. Pozzo-Udine.

Bd. 2, H. 4

Indikanämie und Nierenfunktion bei einigen Dermatosen, besonders beim Ekzem (Indacanemia e funzionalità renale in alcune dermatosi e specialmente nell'eczema), von L. Bussalai-Savona. Verf. bedient sich der Methode von Jolles-Rosemberg. (Es wird

Digitized by Google

zu dem zu untersuchenden Serum eine gleiche Menge von 20%iger Trichloressigsäure zugesetzt, filtriert und zum Filtrat eine gleichgroße Menge der Obermeyrschen Lösung + 1 cbm alkoholischer 5%iger Thymollösung dazugetan, kräftig geschüttelt und nach 1 Stunde 2 ccm Chloroform zugesetzt. Dann wird abermals geschüttelt. Bezüglich der quantitativen Verhältnisse sei auf das Original verwiesen. Es wurden 55 verschiedene Dermatosen untersucht. Resultat: Eine wirkliche Hyperindikanämie wurde nur in 3 Fällen von gewöhnlichem Ekzem gefunden. Zwischen 0,80—1,20 mg pro Mille schwankenden Hyperindikanämien wurden bei einigen anderen gewöhnlichen Ekzemen, bei einem Fall von Eczema seb., bei Psoriasis und bei Prurigo Hebrae, aber bei sonst normaler Nierenfunktion beobachtet. Schlußfolgerungen: 1. Es gibt Hautkrankheiten, besonders Ekzeme mit gestörter Nierenfunktion auch bei Abwesenheit klinischer Zeichen einer Nierenläsion. 2. Die Hyperindikanämie ist, wenn sie 1,2 pro Mille überschreitet, ein Zeichen von gestörter Nierenfunktion. 3. Nicht immer ist die Hyperindikanämie begleitet von Hyperazotämie. 4. Die Indikanämie verläuft nicht parallel der Indikanurie.

Über eine schnelle und bequeme Behandlungsmethode der Pityriasis versicolor (Vorläufige Mitteilung) (Di un rapido e comodo metodo di cura della pitiriasi versicolor), von E. Freund-Triest. Verf. hat 7 Fälle nach der von unbekannten amerikanischen Autoren angegebenen Methode mittels 2—3 mal am Tage vorzunehmenden energischen Abreibungen mit einer in 10%igen Lösung von Natrium hyposulfuricum getauchter Gaze behandelt und damit durchweg anhaltende Heilung nach 8—10tägiger Behandlung erzielt. Die Methode versagte bei Pityriasis rosea Gibert. Keine üblen Nebenerscheinungen. Verf. empfiehlt die Methode wegen ihrer Reinlichkeit und Bequemlichkeit und hebt hervor, daß auf dieselbe Oppenheim im Zbl. f. ges. Ther. 1912, H. 9 zuerst und anscheinend bisher allein hingewiesen hat.

Die konzentrierte Rohrzuckerlösung in Verbindung mit Silberpräparaten bei der Behandlung der Urethritis gonococcica (Il saccarosio in soluzione concentrata con i preparati argentici nella cura dell'uretrite gonococcica), von Pierangeli-Ancona. Verf. hat 50%ige Rohrzuckerlösungen in Kombination mit Silberpräparaten (Choleval) angewandt, indem je 100 g dieser Lösung mit 30—50 g Choleval gemengt und mit dieser Lösung 3—4 Minuten in der Urethra zu haltende Injektionen vorgenommen wurden. Im ganzen wurden 83 noch nicht behandelte, 2—10 Tage alte Fälle von Urethritis gonococcica behandelt. Resultate: Rasches Schwinden der Symptome, Abnahme der Sekretion binnen 8—12 Tagen. Gute Verträglichkeit, Abkürzung der Behandlung, Nichtauftreten von Komplikationen.

Gonokokkenhaltiger Abszeß der Peniswurzel (Ascesso gonorroico della radice del pene), von F. Ronchese-Treviso. Auf der Vorderseite des Penis, vom dorsalen Lymphstrang ausgehend, bei Abwesenheit von Gonokokken in der Harnröhre.

Über eine seltene Lokalisation syphilitischer Primärsklerose (Sopra una rara localizzacione di sifilosclerosi iniziale), von G. Lanteri-Catania. Fall von Primäraffekt des linken Nasenflügels. Mechanismus der Infektion nicht ermittelt.

Die hereditäre Neurosyphilis (La neurosifilide ereditaria), von P. Fornara-Novara. Sehr eingehende Abhandlung allgemeiner Natur, aber keine eigenen Beobachtungen.

Bd. 2, H. 5

Fall von Teerkrebs (Cancro da catrame), von Balduzzo-Padua. 76jähr., seit Knabenzeit mit dem Einteeren und Lackieren von Barken beschäftigter Arbeiter. Im Alter von 35—40 Jahren bemerkte Pat. zunehmendes Runzligwerden der Gesichts- und 3—4 Jahre später der Handrückenhaut. Die Hautläsionen zeigen folgende Typen: diffuse und umschriebene Pigmentationen, akneiforme Folliculitiden, umschriebene, narbige Atrophien, Teleangiektasien, warzige Formen, Tumoren. Die Läsionen sitzen auf der Gesichtshaut, den Ohrmuscheln, den seitlichen Halspartien, der Toraxgegend, den oberen Extremitäten. Die histologische Untersuchung eines der Tumoren ergab für Karzinom typischen Befund. Therapie: Radium; anfangs gute Erfolge, später Rezidive.

Hautkrebs der oberen Sternalgegend bei einer Frau (Carcinoma cutaneo della regione soprasternale in una donna), von Beretvàs-Palermo. 78jähr. Frau. Die Affektion betrifft die Sternalgegend und stellt sich klinisch und histologisch als ein Basalzellenkrebs mit Metastasen in den Achseldrüsen dar. Sehr gute Beeinflussung durch Röntgen. Verf. nimmt primäres Karzinom an.

Über einen Fall von familiärer Recklinghausenscher Krankheit mit nicht voll ausgebildeten Erscheinungen (Su di un caso di malattia di Recklinghausen famigliare a manifestazioni incomplete), von M. Artom und P. Fornara-Novara. Die Verff.

Digitized by Google

beobachteten 2 Schwestern, Kinder vollständig gesunder Eltern, von denen die eine nach dem 7. Schwangerschaftsmonate zur Welt gekommen war, während bei der anderen die Mutter während der Gravidität an schweren Störungen von seiten des sympatischen Systems litt. Beide Kinder sind anscheinend gesund, psychisch und intelektuell normal. Während bei der 2. Schwester sich im 6. Lebensjahre vereinzelte Pigmentflecke zeigten und in diesem Stadium verblieben, trat bei der ersteren im 4. Jahre ein Hautknötchen in der Bauchhaut auf, welchem später zahlreiche andere, sowie Pigmentflecke folgten. Bei der zweiten Pat. fanden sich zahlreiche Pigmentflecke auf der Brust, dem Abdomen, weniger auf den Gliedmaßen, keine im Gesichte. Blut und Harnbefund normal. Die histologische Untersuchung zeigte, daß der Tumor allseitig abgegrenzt seinen Sitz in der Subcutis hatte. Die Epidermis über dem Tumor war emporgetrieben, aber nicht atrophisch. Gefäße normal, im Zentrum des Tumors etwas dilatiert. Schweißdrüsen und Nerven normal. Die Pat. wurde ein Jahr durch beobachtet und keine Veränderung festgestellt. Verff. betonen den hereditären Charakter der Affektion.

Syphilis und Trauma in der „Pratica Medica" von Baglivi (Sifilide e trauma nella „Pratica Medica" di Baglivi), von A. Meineri. Historisch-medizinische Arbeit aus der „Pratica Medica" von Baglivi (1669—1708), dem Leibarzt des Papstes Innocenz XIII. Verf. betont, daß Baglivi in seiner Pratica Medica bereits ein deutliches Verständnis für den Zusammenhang von syphilitischen Erscheinungen mit einem Trauma gezeigt hat.

Die pränatale Prophylaxe der kongenitalen Syphilis (La profilassi prenatale della sifilide congenita), von Piccardi-Turin. E. Freund-Triest.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Bd. 22, Nr. 3

La réaction de Wassermann dans le sang des nourrissons hérédo-syphilitiques traités par l'arsenic, le bismuth et le mercure (Die Wassermannsche Reaktion im Blut hereditär-luetischer Säuglinge nach der Behandlung mit Arsen, Wismut und Quecksilber), von F. Brunetti-Rom. S. 161. Untersucht wurden von Arsenpräparaten ein subkutan injizierbares Salvarsanpräparat und das per os zu verabreichende Treparsol, von Wismut das Bismutoidol, und endlich eine Verbindung von Quecksilber und Cholesterin. Allen 4 Medikamenten war gemeinsam, daß die positive Reaktion bei den Säuglingen schneller verschwand als bei den Müttern. Ein wesentlicher Faktor dabei scheint das Alter der Säuglinge zu sein: Je früher die Behandlung eingesetzt hat, desto besser waren die Resultate. Sind klinische Erscheinungen vorhanden, insbesondere solche des Knochen- oder Nervensystems, wird die Wirksamkeit der Behandlung verzögert. Weiter scheinen Beziehungen zu bestehen zwischen der Intensität der WR und der Behandlungsdauer, die notwendig ist, um die positive Reaktion zum Verschwinden zu bringen. Von den Medikamenten scheint das Salvarsanpräparat am wirksamsten zu sein; im Durchschnitt brachte dieses den positiven Wassermann in 6 Wochen zum Verschwinden, während das Treparsol im allgemeinen 7 Wochen brauchte. Im Gegensatz zu den beiden vorhergehenden verschwand auf Wismut nicht in allen Fällen die Reaktion, wenn auch im allgemeinen das Verschwinden schneller erreicht wurde als bei den beiden anderen im Durchschnitt nach 4 Wochen. Am langsamsten wirkt das Quecksilber, mit dem in einer Anzahl von Fällen überhaupt kein Negativwerden der Reaktion erreicht wurde.

Les divers aspects cliniques de la syphilis congénitale dans la première enfance (Die verschiedenen klinischen Erscheinungsformen der kongenitalen Syphilis in der frühesten Kindheit), von Péhu-Lyon. S. 189. Die schweren typischen Erscheinungen der Lues sind im Kindesalter nicht sehr häufig, weil ihnen die Kinder schon zumeist kurz nach der Geburt erliegen. Wichtig ist es auf bestimmte Erscheinungen zu achten, die zwar nicht absolut pathognomomisch für Lues, aber doch dringend verdächtig sind. Hierher gehört die Vergrößerung der Milz, der Schnupfen, bestimmte Augenerscheinungen (Nystagmus, Glaukom, Choreo-Retinitis), während die Hutchinsonsche Keratitis selten vor dem 3. Lebersjahre auftritt. Von Veränderungen am Skelettsystem kommen in Frage die Periostitis ossificans und die Osteochondritis. Sehr selten sind in den ersten Lebensjahren Veränderungen an den Zähnen; sind sie jedoch vorhanden, stützen sie die Diagnose in wertvoller Weise.

Digitized by Google

Chancre syphilitique de l'urètre découvert à l'examen d'un gros ganglion inguinal (Entdeckung eines luetischen Ulkus der Harnröhre bei der Untersuchung eines Bubo inguinalis), von J. Mouls. S. 209. 25jähr. Kranker mit Leistendrüsenschwellung ohne sichtbare Erscheinungen an den Beinen, am Anus oder dem Penis. Dagegen fühlt man bei genauer Abtastung der Harnröhre 2 cm vom Orificium entfernt eine erbsengroße harte Verdickung. Kein Ausfluß. Wegen starker Schwellung der Harnröhre ergibt die Urethroskopie kein einwandfreies Resultat. Dagegen gelingt es mittels der intraurethralen Abrasio zahlreiche Spirochäten nachzuweisen.

1927, Bd. 22, Nr. 4

Cure abortive de la syphilis (Abortivbehandlung der Lues), von A. Marras, Derm. Univ.-Kl. Cagliari. S. 241. Die Behandlung, die eigentlich keine Abortivbehandlung in strengem Sinne ist, beginnt möglichst frühzeitig, noch im seronegativen Stadium, mit 0,15 Neosalvarsan. Nach 8 Tagen 0,30 und dann so fort steigend bis 0,75; die beiden letzten Dosen werden in gleicher Stärke wiederholt, so daß der Kranke zunächst 6 Einspritzungen bekommt. Die Kur wird zuerst nach 1 Monat, dann nach $1^1/_2$ Monaten wiederholt, im ganzen 6 derartige Behandlungsreihen. Nach Ablauf des ersten Jahres abwechselnd Einspritzungen von Neosalvarsan und Quecksilber oder Wismut, auch wieder mehrere Behandlungsserien hintereinander. Im 3. Jahre 3 Behandlungsserien: einmal Neosalvarsan, dann Quecksilber, dann Wismut. Im 4. Jahre je einmal Quecksilber und Wismut. Die mit dieser Behandlung erzielten Erfolge sind gut. Es kommt eben hier wie bei jeder antiluetischen Therapie überhaupt auf möglichst frühzeitige, möglichst energische und möglichst lange fortgesetzte Behandlung an.

Sur le traitement de la syphilis par le cadmium (Die Behandlung der Syphilis mit Kadmium), von L. Kislitchenko-Skoplje. S. 273. Abgesehen von der außerordentlichen Schmerzhaftigkeit der Einspritzungen, welche die Kranken veranlaßte, in vielen Fällen die Kur frühzeitig abzubrechen, sind auch die eigentlichen Behandlungserfolge recht mäßig. Ein stark positiver Wassermann wurde überhaupt nicht oder nur sehr langsam negativ. Verf. hat von der Behandlung keinerlei Vorteile gesehen, die eine Empfehlung des Kadmiums rechtfertigen könnten. F. Landauer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Malariabehandlung der Lues cerebrospinalis und Tabes, von G. L. Dreyfus und R. Hanau-Frankfurt a. M. (Kl. W. 1927, Nr. 13, S. 591.) Bei Lues cerebrospinalis kommt die Malariabehandlung nur dann in Frage, wenn es sich um Fälle handelt, die auf sonstige energische antiluetische Behandlung gar nicht oder schlecht reagiert haben. Besonderen Wert legen Verff. hier auch auf die Sanierung des Liquors, der nach den bekannten Methoden serologisch untersucht wird, wobei sie die Goldsolreaktion und die WR des Liquors ganz besonders berücksichtigen. Bei der Tabes wurden die Krankheitserscheinungen ebenfalls in einer Reihe von Fällen günstig beeinflußt und blieben es auch bei längerer Beobachtung; immerhin sind die Resultate nicht so eklatant günstige wie bei der Paralyse. Verff. raten, erst dann bei der Tabes eine Malariabehandlung in Betracht zu ziehen, wenn die etwa einjährige spezifische Behandlung, die man mit Fiebersteigerungen durch Saprovitan unterstützen kann, zu keinem Resultat führte.
E. Langer-Berlin.

Malaria Treatment of General Paralysis, Histopathologic Observations in Fifteen Cases (Histopathologische Befunde bei 15 Fällen mit Malaria behandelter progressiver Paralyse), von W. Freeman-Washington. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 14, S. 1064.) Auf den Ergebnissen deutscher histopathologischer Studien über Gehirne malariabehandelter Paralytiker fußend werden die meisten Feststellungen bestätigt. Bei den Fällen, die in den ersten Fiebertagen gestorben sind, wird eine Steigerung des entzündlichen Prozesses beobachtet. Diese „Heilentzündung" ist bei den spät zu Tode gekommenen malariabehandelten Palalytikern abgeklungen. Man findet bei stationär gewordenen und in Remission befindlichen Fällen eine recht gut erhaltene Rindenarchitektonik und nur spärliche Infiltrate. Nur die Ganglienzellen sind an Zahl vermindert und die

Digitized by Google

Glia und das Ependym gewuchert. Spirochäten wurden in allen 15 Fällen in den Gehirnen nicht gefunden. Die durch die anatomischen Untersuchungen erwiesene Möglichkeit eines Stillstandes des schweren Parenchymprozesses mahnt, die einzelnen Fälle so früh wie möglich in Behandlung zu nehmen, ehe irreparable Dauerschäden zur stationären Paralyse führen. Die Arbeit enthält 8 charakteristische Bilder über die histopathologischen Befunde in den einzelnen Stadien. W. Kirschbaum-Hamburg.

Malarial Therapy in General Paralysis of the Insane (Malariatherapie bei progressiver Paralyse), von J. P. Steel und J. E. Nicole. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5401, S. 484.) Geimpft — in 3 Jahren — wurden 120 Fälle, von denen 13 auf die Malaria refraktär waren. Diese 13 Fälle sind ebenso wie 28 unbehandelte Fälle sämtlich gestorben. Von den übrigbleibenden 107 Fällen sind 10 Fälle für die Beurteilung noch nicht reif. Unter dem Gesamtmaterial der Malariabehandelten sind bis jetzt 38 Todesfälle. 26 Patienten wurden entlassen, von denen ein sehr kleiner Teil rückfällig und wieder behandelt wurde. 20% Wiedererlangung der Berufsarbeitsfähigkeit. Möglicherweise ist diese Quote bei frischerem Material günstiger. Der Wert der Malariabehandlung wird anerkannt, jedoch werden allzu hohe Erwartungen anderer Autoren abgelehnt. Es wurden teils subkutane, teils intravenöse, teils intramuskuläre Impfungen mit Blut, teils Infektionen durch Anopheles vorgenommen. Die einzelnen Beobachtungen über den Verlauf des Malariafiebers, Wiederimpfungen, serologische Untersuchungen entsprechen den deutschen Beobachtungen. Von besonderer Nachbehandlung mit den verschiedensten Arsen-, Quecksilber-, Jodpräparaten wurde kein wesentlicher Erfolg gesehen. W. Kirschbaum-Hamburg.

Fortschritte in der Behandlung der Syphilis. (Liquordiagnose und Impfmalaria), von Fr. Bering-Essen. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 5, S. 209.) Die Blutwassermannreaktion leistet für die Diagnose einer Erkrankung des Zentralnervensystems nichts; die Liquordiagnose ist ausschlaggebend. Wenn bei Lues II positiver Liquor besteht, aber auch bei Lues latens hält Verf. die Indikation zur Einleitung der Malarikur für gegeben. Keine Entlassung aus der Behandlung, kein Ehekonsens ohne Liquordiagnose. Die Malariakur ist in ihrer Wirkung auf den Liquor allen anderen Behandlungsmethoden bedeutend überlegen. Gute Vor- und Nachbehandlung mit Salvarsan-Bi ist notwendig. Die Malariakur ist ungefährlich im Frühstadium. Todesfälle hat Verf. bei 540 Kranken nur bei durch Paralyse, Tabes oder Herzkrankheiten herabgesetzter Widerstandsfähigkeit gesehen. M. Cohn-Dresden.

Rekurrensiritis, von I. Sachs, Nervenabt. Friedrich-Wilhelm-Hosp. Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 17, S. 640—641.) In 2 Fällen von Lues cerebrospinalis, die mit Rekurrensimpfungen (in dem einen Falle Spir. Obermeyeri, in dem anderen Spir. Duttoni) behandelt worden waren, trat 5—6 Wochen nach Ablauf des Fiebers eine Iritis auf. In dem einen Falle zeigt sich ein knötchenförmiger Beginn der Erkrankung und es gingen die akuten Erscheinungen nach intravenöser Einspritzung eines Arsenpräparates schnell zurück. Trotzdem dürfte es sich nicht um eine syphilitische Augenerkrankung gehandelt haben, sondern in beiden Fällen um eine Rekurrensiritis, besonders weil die Glaskörpertrübungen monatelang fortbestanden. E. Levin-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

La réaction de fixation dans les complications articulaires de la gonococcie (Die Bindungsreaktion bei blennorrhoischen Gelenkprozessen), von H. Mondor und A. Urbain. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 8, S. 513.) Die „Gonoreaktion" wurde bei 43 Pat. angestellt, die an Gelenkprozessen verschiedenster Ätiologie litten; die positiven Resultate waren fast immer richtig, zweifelhafte Fälle konnten jedoch auch serologisch definitiv nicht geklärt werden. Die Reaktion ist wohl ein weiteres diagnostisches Hilfsmittel, doch ist die Technik noch unvollkommen. S. Habermann-Prag.

Zur Kritik der Diagnosemöglichkeit weiblicher Gonorrhoe, von N. Neufeld-Breslau. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 14, S. 847.) In 12 Fällen von Genitalerkrankungen bei Frauen, bei denen der Verdacht einer Blennorrhoe vorlag und bei denen die übrigen Provokationsmethoden ergebnislos waren, bekam Verf. nach Bestrahlung mit der Ultrasonne positive Resultate. Die Portio wurde median eingestellt und dann etwa 30 Minuten mit der Landekerlampe belichtet. Auffallend ist dabei das massenhafte Auftreten von Eiterkörperchen im Sekret, in dem dann meistens am zweiten Bestrahlungstage in dem 8 Stunden nach der Bestrahlung angefertigten Präparat Gonokokken nachgewiesen werden können. F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

b. Pathologie und Klinik

Todesfall im Verlauf einer Gonorrhoebehandlung, von R. St. Hoffmann-Wien. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 14, S. 845.) Eine akute Blennorrhoe bei einer 32 Jährigen wird vom achten Tage ab neben der üblichen inneren Behandlung mit langsam steigenden Gono-Yatreninjektionen behandelt. 3 Tage nach der vierten Einspritzung (100 Millionen Keime) unter Schüttelfrost plötzlicher hoher Temperaturanstieg und mehrmaliger schwerer Kollaps. Trotz aller möglichen Analeptika am dritten Tage unter den Erscheinungen zunehmender Herzschwäche Exitus. Die Sektion ergab außer einer frischen Adnexitis keinen einwandfreien positiven Befund. Als wahrscheinliche Todesursache wurde Herzlähmung infolge Sepsis angenommen, trotzdem sich keine typisch septischen Organveränderungen fanden und auch keine Bakterien im Blut nachgewiesen wurden. Auf Gonokokken wurde nicht untersucht. Das Yatren erwies sich als einwandfrei. Mangels einer anderen Erklärung dürfte der Fall als Gonokokkensepsis aufzufassen sein.
F. Landauer-Berlin.

c. Therapie

Chloramin „Heyden" bei der Behandlung der Frauen- und Kindergonorrhoe, von J. Bogad. (W. m. W., 1927, Nr. 14, S. 464.) Verf. empfiehlt das Chloramin Heyden als gutes Desinfiziens, das außerdem eine desodorierende Kraft hat und bei sehr kräftiger Granulationsanregung die Haut und Schleimhäute nicht reizt. Außerdem ist es einfach und bequem anwendbar und haltbar. E. Langer-Berlin.

Zur Behandlung der weiblichen Urethralgonorrhoe mit Heilpulvern, von A. Stern-Frankfurt a. M. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 6, S. 356.) Genaue Beschreibung eines Instrumentes zur Pulverapplikation in die Harnröhre der Frau, das im Prinzip dem von S. angegebenen Scheidenpulverbläser entspricht. F. Landauer-Berlin.

Über Autohämotherapie und Kollargolbehandlung der gonorrhoischen Epididymitiden, von Epstein. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 5.) Die Eigenblutbehandlung ist unschädlich und schmerzlos; Temperatursteigerungen und Herdreaktionen fehlen, der therapeutische Effekt ist gering. Besser ist daher die Kollargolbehandlung, welche die Schmerzen bei der Epididymitis schnell vermindert und einen guten Heileffekt gibt.
A. Jordan-Moskau.

La chimiothérapie, son application à la colibacillose et à la gonococcie (Die Chemotherapie, ihre Anwendung bei der Kolibazillen- und Gonokokkeninfektion), von P. Barbellion. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 16, S. 317—320.) Die Chemotherapie soll bei intravenöser Zufuhr des Medikamentes eine Imprägnierung des ganzen Organismus bewirken und außerdem bei der Ausscheidung noch eine örtliche Wirkung auf die Harnwege ausüben. Gute Erfolge wurden mit Merkurochrom, besonders bei septischen Erkrankungen, und mit Gonakrin (Trypaflavin) berichtet. Nachprüfungen des letzteren ergaben jedoch bei Kolizystitis trotz seit 12 Tagen durchgeführter Imprägnierung der Kranken nicht den geringsten Einfluß auf Lebensfähigkeit und Vermehrung der Bakterien und bei 8 akuten Tripperfällen eine Heilung in 18 Tagen, im übrigen 7 völlige Mißerfolge. Unangenehme Nebenwirkungen sind außerdem die Gelbfärbung, verbunden mit Sensibilisierung der Haut für Sonnenlicht und leicht eintretende Verhärtung der Venen. E. Levin-Berlin.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Ein Fall von Pseudohermaphroditismus mit seltener Abweichung im Bau des Urogenitalsystems, von K. Th. Krawzowa-Rostow am Don. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 14, S. 859.) Genaue pathologische Beschreibung eines Kindes, das noch 18 Tage nach der Geburt lebte, bei dem die Keimdrüsen weiblich waren, die äußeren Geschlechtsteile sich dagegen denen des männlichen Geschlechts näherten. Außerdem fand sich noch eine Verdoppelung des linken Harnleiters und eine Abnormität der großen Herzgefäße, indem die Aorta aus der rechten Herzkammer, die Pulmonalis dagegen aus der linken Herzkammer austrat. F. Landauer-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase

Peut-on provoquer expérimentalement des cancers de la vessie chez le rat? (Kann man bei der Ratte experimentellen Blasenkrebs hervorrufen?), von J. Maisin und E. Picard. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 1058—1060.) Bei gleichem

Digitized by Google

Reize scheint von allen Organen der Ratte an der Blase das Epithel am leichtesten zu hyperplasieren. Am besten wird der Reiz ausgeübt, wenn man auf chirurgischem Wege feste Stücke (Pillen) von verschiedener chemischer Zusammensetzung (Paraffin, Teer, Scharlachrot, Wachs) einbringt. Das Epithel reagiert darauf entweder mit einfacher Hyperplasie (Verdickung des Epithels mit Faltenbildung) oder mit metaplastischer Hyperplasie (weiße, leukoplazieartige Flecke durch metaplastische Verhornung) oder mit neoplastischer Hyperplasie. Bei der letzteren entwickeln sich zirkumskripte tumorartige Massen unter dem Bilde von gestielten oder breit aufsitzenden Papillomen oder ulzerierten Tumoren. Es findet sich bei ihnen, jedoch nicht immer, metaplastische Verhornung; in einzelnen Fällen durchdringen die Epithelzapfen die Muskulatur bis an das Peritoneum und zeigen dann oft ein mehrschichtiges Plattenepithel. Klinisch zeigt sich bei den erkrankten Tieren Pollakiurie und intermittierende Hämaturie; nach 2—3 bis zu 16 Monaten gehen sie kachektisch zugrunde. Solange die Tumoren nicht ulzeriert sind, zeigen sie keine entzündliche Reaktion mit Polynukleären. Metastasen wurden niemals beobachtet, trotzdem müssen die Tumoren unbedingt als (baso-zelluläre) Epitheliome betrachtet werden und keinesfalls als einfache entzündliche Reizungen.

E. Levin-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Über rhythmische Kontraktionen der Tunica dartos und ihre Beeinflussung durch mechanische, physikalische, psychische und pharmakologische Mittel, durch Schlaf und infektiöse Erkrankungen, von B. Weicker, Med. Univ.-Polikl. Tübingen. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 54, H. 1/2, S. 169.) Durch eine am Skrotum befestigte Klemme und einen zweiarmigen Hebel wurden die Bewegungen der glatten Muskulatur der Hodenhaut an einem Kymographion geschrieben und auf diese Weise Kurven gewonnen und Erhebungen in sehr regelmäßigen Abständen und einem steil ansteigenden, der Kontraktion der Tunica dartos entsprechenden und einem langsam abfallenden, der Erschlaffung entsprechenden Schenkel, die bei Belastung des Skrotums an Höhe zunahmen und in der Frequenz abnahmen. Bei unvollständig bedecktem Skrotum wiesen die Kurven eine stärkere Unregelmäßigkeit und höhere Frequenz der Erhebungen auf; bei Erzeugung von Kälte durch Äther verloren die Einzelkontraktionen ihre Regelmäßigkeit, die Frequenz nahm zu, und es zeigte sich eine deutliche Tonussteigerung. Bei Wärmeeinwirkung durch eine elektrische Heizbirne trat eine Verlangsamung der Kontraktionen und eine allgemeine Tonusverminderung ein; eine Abkühlung des ganzen Körpers wirkte ebenfalls tonusvermehrend bei Vermehrung der Frequenz und der Höhe der Kontraktionen. Schmerzempfindungen in der Hodenhaut führten zu Unregelmäßigkeiten im Rhythmus, zur Erhöhung der Frequenz und zur Zunahme des Tonus, Unlustempfindungen zu einem Abfall des Tonus, Lustempfindungen zur Tonussteigerung. Ermüdung nach körperlicher Anstrengung brachte eine Verlangsamung der Kontraktionen bei Herabsetzung des Tonus, geistige Abspannung eine Unregelmäßigkeit im Ablaufe der Kontraktionen hervor. Nach Eintritt des Schlafes erfolgt eine Tonussenkung und eine auffallend große Verlangsamung der Kontraktionen; bei leichtem Fieber nach Erkältung blieben die Skrotalbewegungen aus. Die rektale Zufuhr von Atropin verlangsamte die Kontraktionen bei Abfall des Tonus, die rektale Zufuhr von Adrenalin und die rektale Zufuhr von Pilokarpin beschleunigten die Kontraktionen bei Erhöhung des Tonus; ähnliche Beobachtungen wurden bei intravenöser Injektion gemacht.

F. Winkler-Wien.

Berichtigung. In der Arbeit Stern und Grevel: „Über Erfahrungen mit der Epilation durch Thallium aceticum nach Buschke", Bd. 85, Nr. 29, S. 1022 auf Zeile 13 von oben, lies **0,008 g** statt 0,008 kg. (Da neuerdings das Präparat in Tablettenform zu haben ist, ist die Dosierung einfacher geworden.)

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 34 (Bd. 85) 20. August 1927

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Posen

Zur Frage der Erythrocyanosis crurum puellaris

Von

Prof. Dr. A. v. KARWOWSKI

Die sogenannte „Erythrocyanosis crurum puellaris" hat in der letzten Zeit die Aufmerksamkeit der Dermatologen verschiedener Länder auf sich gelenkt.

Auch ich hatte seit einer Reihe von Jahren Gelegenheit, des öfteren an den Unterschenkeln junger Mädchen im Alter von 16—23 Jahren eine charakteristische livide Verfärbung mit Konsistenzerhöhung der Haut zwischen den Knöcheln und der Wade zu beobachten, deren hervorstechendstes Symptom das Gefühl eisiger Kälte war, welches sich scharf von der warmen normalen Haut abhob. Ich hielt anfangs die Erscheinung für ein beginnendes Erythema induratum Bazin bzw. für Folgen einer Erfrierung. Doch führten mich der Mangel anderer Erfrierungserscheinungen sowie das Fehlen von knotigen Verdickungen zu der Überzeugung, daß es sich hier um ein besonderes Krankheitsbild handele. Als solches habe ich es auch — ohne ihm einen besonderen Namen zu geben — differentialdiagnostisch gegenüber dem Erythema Bazin in meinen Vorlesungen vorgestellt.

Bei der verhältnismäßigen Häufigkeit der Erscheinung ist anzunehmen, daß viele Ärzte es beobachtet haben, ohne es aber besonders zu klassifizieren, oder es zum Erythema induratum zurechneten. Da die Literatur in den letzten Arbeiten von MENDES DA COSTA, ALEXANDER usw. bereits eingehend angeführt ist, will ich mich mit der Literaturangabe ganz kurz fassen.

Als einer der ersten hat wohl DENEKE 1919 auf unser Krankheitsbild hingewiesen, es jedoch für atypisches E. induratum angesehen. LENGFELLNER beschrieb 1920 unter dem Namen „Erythema venosum" 84 Fälle, von denen wahrscheinlich eine Anzahl zu unserem Krankheitsbilde gehört, während es sich bei den übrigen Fällen wohl um andere Krankheiten handelte. Erst THIBIERGE und STIASSNIE präzisierten im Jahre 1921 das Bild genauer unter dem Namen: „Oedème asphyxique symmétrique des jambes chez les jeunes filles lymphatiques". Es folgte die Arbeit von BOLTE aus Rostock, welcher nach dem Vorgang CURSCHMANNs der Krankheit den Namen: „Erythrocyanosis symmetrica" gab. Von dieser Zeit begann die Frage die Dermatologen zu interessieren, und es häuften sich die Arbeiten und Diskussionen über

Digitized by Google

dieses Thema. Im Jahre 1926 beschrieben MENDES DA COSTA und VAN OORT-LAU 5 Fälle als „Erythrocyanosis crurum puellaris". In der Märznummer des Brit. J. of Derm. befassen sich mit der Frage G. H. PERCIVAL und C. P. STEWART, sowie in der Juninummer E. PARKES WEBER. Schließlich widmete in der Aprilnummer der Derm. W. ALEXANDER dieser Frage eine längere Arbeit. Außerdem wurden in verschiedenen Sitzungen diesbezügliche Fälle vorgestellt und besprochen (BALZER, LEIBKIND, MILIAN, LORTAT-JACOB und MONET, GALEWSKY, JADASSOHN, KLINGMÜLLER, ARNDT, BRUHNS usw.).

Bei der Durchsicht der bisherigen nicht allzu reichen Literatur gewinnt man jedoch den Eindruck, daß das Krankheitsbild noch nicht genügend präzisiert ist und unter den angeführten Namen doch nicht ganz identische Prozesse einbezogen werden, ganz abgesehen von der Ätiologie, über welche sich die Ansichten zum Teil schroff gegenüberstehen.

Es dürfte sich also empfehlen, die bisherige Literatur einer kurzen kritischen Übersicht zu unterziehen. Am charakteristischsten dürfte wohl die Beschreibung von THIBIERGE und STIASSNIE sein: Schwellung der Bedeckung der Unterschenkel, welche leicht eindrückbar ist, ohne die für Ödem charakteristische Delle zu hinterlassen. Farbe manchmal normal, viel häufiger jedoch violett, unter Kälteeinwirkung und im Winter viel dunkler zyanotisch, wobei die Haut mehr oder weniger kalt ist. Auf der Hautoberfläche rote oder livide Pünktchen, 2—3 mm groß, in deren Mitte etwas hyperkeratotische Follikelmündungen sich befinden. Ganz analog scheinen — soweit ich aus dem Referat ersehen konnte — die Fälle von DENEKE zu sein, ebenso die Fälle von BOLTE. Dagegen habe ich Bedenken, alle 84, von LENGFELLNER in einer kurzen Arbeit angeführten Fälle zu unserem Krankheitsbilde zu rechnen. Dieser Autor sagt nämlich: „Es steht für mich fest, daß das Ulkus das Endprodukt des Prozesses darstellt, der wohl nach Monaten und Jahren bei jedem Falle eingetreten wäre, wenn nicht Besserung der Zirkulation durch geeignete Behandlung eingetreten wäre." Vier seiner Ulzera hatten syphilitischen, drei tuberkulösen Charakter. Ein großes Gewicht legt L. auf Störungen in der Fußknochenlagerung sowie auf übermäßige Fettablagerung, die druckempfindlich ist. Diese Symptome werden von den meisten Autoren vermißt, auch ich habe sie nicht beobachtet. Wenn L. sagt: „Der Übergang von der einfachen bläulichroten Verfärbung zum Ulkus zeigt ein Stadium, das einem Erythema nodosum (wahrscheinlich war E. induratum gemeint) sehr ähnlich kommt, so daß man geneigt sein kann, diese Diagnose zu stellen", so ist daraus zu schließen, daß er knotige Verdickungen gesehen hat, die nicht in den Rahmen der Erythrozyanosis hineinpassen. Ich stimme daher ALEXANDER bei, daß viele der LENGFELLNERschen Fälle nicht zu unserem Krankheitsbilde gehören.

MENDES DA COSTA und VAN OORT-LAU beschreiben sieben Fälle, von denen jedoch drei mit Erscheinungen von Erythema Bazin verbunden waren und zwei ein neues Moment aufwiesen, nämlich Atrophien um kleine Petechien. Wenn auch diese letzte Erscheinung nicht gegen den Charakter des Krankheitsbildes spricht, dürften Knotenbildungen schon die betreffenden Fälle in das Gebiet des Erythema Bazin hinüberführen.

Digitized by Google

Wie eingangs erwähnt, war mir das Krankheitsbild schon längere Zeit bekannt, doch hatte ich keine genaueren Aufzeichnungen. Ich führe daher nur einige Fälle aus den letzten Monaten ganz kurz an.

1. W., 18 J., kommt wegen Gonorrhoe und spitzen Kondylomen in Behandlung. Bei der Untersuchung wird an beiden Unterschenkeln oberhalb der Knöchel eine blaßbläulichrote Verfärbung festgestellt, welche nicht ganz scharf gegen die Umgebung abgegrenzt ist. Bei der Betastung erscheint die Haut konsistenter, ziemlich hart, schmerzlos. Es fehlt jede Spur von Knotenbildung. Die angelegte Hand fühlt eine eisige Kälte im Bereiche der Verfärbung. Dieselbe besteht seit 7 Jahren. Niemals hatte Patientin an Erfrierung zu leiden. Die Schwester soll ähnliche Symptome aufweisen. Untersuchung der Lungen erweist nichts Pathologisches. Wassermann und Pirquet negativ.

2. J. M., 23 J. Dieselben Erscheinungen an den Unterschenkeln, jedoch mit starker Zyanose, seit dem 14. Lebensjahre. Niemals Pernionen. Es besteht Cutis marmorata und leichte Zyanose an den Händen. Keinerlei Beschwerden. Lungenbefund negativ. Pirquet schwach angedeutet. Wassermann negativ.

3. A. K., 29 J. Seit mehreren Monaten identische Erscheinungen, jedoch ohne stärkere Resistenzvermehung. Lungenbefund, Pirquet, Wassermann negativ. Blutbild ohne Verschiebung.

4. Z. D., 29. J. Lues latens mit negativem Wassermann. Gonorrhoe. Dieselben Erscheinungen seit 8 Jahren, nur geht die Zyanose auch auf die Vorderseite der Unterschenkel über. Niemals Pernionen. Lungen o. B. Pirquet negativ.

5. M. M., 20 J. Seit einigen Monaten dieselben Symptome, nur ist die Zyanose auf dem rechten Unterschenkel mehr auf der Innenseite lokalisiert.

Alle übrigen Fälle, die ich früher beobachtete, gaben dasselbe Bild, nur schwankte die Intensität der blauroten Verfärbung. Niemals war Ulzeration, niemals Knotenbildung festzustellen. Hierbei war meist eine mehr oder weniger ausgesprochene Keratosis suprafollicularis vorhanden, der ich jedoch nur nebensächliche Bedeutung zuspreche, weil sie bei jungen Mädchen ein recht banaler Befund ist.

Während es sich sonst um junge Mädchen handelte, lenkte der folgende Fall meine besondere Aufmerksamkeit auf sich, weil er eine 43jährige verheiratete Frau betraf. Frau N. wurde vor vielen Jahren infolge eines Hüftgelenkleidens, ohne genau festgestellten Charakter, mit starken Röntgenbestrahlungen behandelt, welche eine chronische Radiodermitis zur Folge hatten und zu gleicher Zeit eine Radiokastration hinterließen. Patientin kam wegen der Dermatitis in meine Behandlung, wobei die typischen Erscheinungen der Erythrozyanose festgestellt wurden, welche seit etwa 2 Jahren bestehen sollten. Die tief blauroten eiskalten Flecke blaßten gelegentlich einer fieberhaften Erkrankung, welche Patientin ans Bett fesselte, wesentlich ab, auch war das eisige Gefühl in der Bettwärme geschwunden.

Um festzustellen, wie häufig überhaupt eine zyanotische Verfärbung der Unterschenkel bei Frauen vorkommt, unterzog ich 48 Prostituierte, die auf meiner Klinik lagen, einer diesbezüglichen Untersuchung.

Von diesen 48 Patientinnen hatten 15 auf den Unterschenkeln oberhalb der Knöchel eine schwach angedeutete zyanotische Färbung und herabgesetzte Hauttemperatur, beides jedoch in weit geringerem Maße als die typischen Fälle. Auch fehlte die Resistenz. Bei 6 von diesen 15 war Pirquet schwach positiv, bei 3 deutlich, 5 hatten mehr oder weniger angedeutete Veränderungen in den Lungen (verschärftes Atmen usw.), Keratosis suprafollicularis hatten 12, unregelmäßige Menses 8, früher

Digitized by Google

litten an Pernionen 5. Eine von den Kranken, von infantilem Bau, war 28 Jahre alt, die übrigen 14 standen im Alter von 19—24 Jahren. Nur eine klagte über leichtes Brennen und Juckgefühl, die übrigen hatten keinerlei Beschwerden außer etwas Kälte an den geröteten Stellen.

Danach wäre eine leichte livide Färbung an den für Erythrozyanosis charakteristischen Stellen eine recht häufige Erscheinung, ebenso wie stärkere Verhornung der Follikelmündungen, die auch an den nicht-zyanotischen Unterschenkeln sehr häufig zu verzeichnen war.

Nach meiner Ansicht müßte der Typus der Erythrozyanosis auf folgende Symptome beschränkt werden:

1. Symmetrische Zyanose mit erhöhter Konsistenz der Haut der Unterschenkel zwischen den Knöcheln und den Waden, hauptsächlich an der Außenseite.

2. Mangel aller knotigen Verdickungen. Sind solche vorhanden, so muß ein Erythema Bazin im Spiele sein.

3. Mangel von Ulzerationen, abgesehen natürlich von zufällig durch Trauma entstandenen.

4. Eisige Kälte beim Befühlen der befallenen Stellen, welche scharf an der Grenze aufhört.

5. Ausschließliches Vorkommen bei Frauen, vor allem jungen Mädchen.

6. In der Mehrzahl der Fälle ausgesprochene Hyperkeratose der Haarfollikel.

So weit die Morphologie unseres Krankheitsbildes.

Was nun den histologischen Bau betrifft, so sind unsere bisherigen Kenntnisse ziemlich spärlich. Mikroskopische Untersuchungen wurden, soweit ich aus der Literatur ersehe, nur von MENDES DA COSTA und VAN OORT-LAU, von JUSTER und DELATER sowie von MILIAN gemacht. Erstere fanden in den Papillen und subpapillär zum Teil mächtige Zellinfiltrate um die Gefäße, hauptsächlich aus plasmaarmen mononukleären Zellen bestehend, wozu noch einige geschrumpft aussehende Bindegewebskerne und Endothelzellen hinzukommen, welche haufenweise zusammenliegen. In weniger dichten Infiltraten war die Menge der Bindegewebskerne auffallend. Die Gefäße der Papillen selbst waren strotzend gefüllt.

JUSTER und DELATER (zitiert nach ALEXANDER) fanden eine „progressive Insuffizienz der kleinen und kleinsten Hautvenen" ohne Infiltrate, dagegen hyperplastisches junges Bindegewebe, welches das perifollikuläre Gewebe sowie die groben Balken des Koriums auseinanderdrängt. MILIAN fand im Fettgewebe tuberkuloide Veränderungen, was von ALEXANDER nicht anerkannt wird. Leider ist uns durch Versehen der Laborantin ein exzidiertes Hautstück verdorben, so daß ich — die anderen Patientinnen waren zu einer Exzision nicht zu bewegen — von einer histologischen Untersuchung absehen mußte. Das histologische Bild hat also bisher nur Erweiterung der Blutgefäße und Bindegewebswucherung, bei den holländischen Autoren auch Zellinfiltration, ergeben. Vielleicht werden weitere Untersuchungen markantere Veränderungen zutage fördern.

Und nun zur Ätiologie. Wie schon eingangs erwähnt, sind hier

Digitized by Google

die Ansichten sehr verschieden. Ich sehe hierbei von den von LENGFELLNER angenommenen Momenten ab, weil, wie oben erwähnt, es fraglich ist, ob alle seine Fälle zur Erythrozyanosis gehören. Die Lokalisation und gewisse Ähnlichkeit mit dem Erythema induratum, das Vorhandensein von Tuberkulose in der Familie bzw. bei den Patienten selbst (THIBIERGE, Fall 1, 3 und 4 von MENDES DA COSTA usw.) lenkten den Verdacht auf einen Zusammenhang beider Leiden. Dafür tritt auch MILIAN auf Grund seiner histologischen Befunde ein, welche jedoch, wie erwähnt, ALEXANDER nicht für stichhaltig hält. Auch meine Fälle geben für die tuberkulöse Natur keine Stütze, da nur in einem Falle Pirquet schwach positiv war und auch sonst keine Anhaltspunkte für einen Zusammenhang mit Tuberkulose vorhanden waren. ALEXANDER weist auch diesen ätiologischen Faktor entschieden zurück, gibt aber zu, daß nachträglich sich die Erythrozyanosis mit Tuberkulose, also Erythema induratum, kombinieren kann. Er selbst hat bei seinen bekannten Untersuchungen mit HARTUNG niemals eine Kombination zwischen Erythema Bazin und Erythrozyanosis gesehen.

Es scheint also die Tuberkulose für reine Erythrozyanosisfälle ätiologisch nicht in Betracht zu kommen, wenigstens nicht als direkte Ursache.

Von anderen Autoren wurden endokrine Einwirkungen angenommen. Hierbei kamen zwei Organe in Betracht: Thyreoidea und Ovarien. Erstere wurde von THIBIERGE und STIASSNIE als eventuelles ätiologisches Moment in Betracht gezogen, wofür der von SABRAZÈS angegebene Fall, der mit Basedow kombiniert war, zu sprechen schien. JUSTER berichtet von günstigem Einfluß von Schilddrüsen und anderen Organextrakten. Doch wurden von anderen Autoren (auch von mir) Anomalien in der Schilddrüsenfunktion, soweit mir bekannt ist, nicht festgestellt. Anders verhält sich der Zusammenhang mit Menstruationsstörungen. Schon das auffallende Vorkommen der Erscheinung ausschließlich bei Frauen, und zwar vor allem jungen Mädchen, nach Eintreten der Menses, die von vielen Autoren angegebenen Menstruationsstörungen usw. scheinen doch auf die Tätigkeit der Ovarien bei unserem Krankheitsbild hinzuweisen. Dafür spricht sich auch aus THIBIERGE und STIASSNIE, auch BOLTES zwei Fälle scheinen zur Menstruation in Beziehung zu stehen. MENDES DA COSTA nimmt dieses ätiologisches Moment als wichtigstes an, und zwar durch ovariellen Einfluß auf die Zirkulation. Im Anschluß daran können auch andere Faktoren im Spiele sein. ALEXANDER zitiert POÓR, ADLER, WIENER, WERTHER als Anhänger der Annahme, daß solche Zirkulationsstörungen durch den Einfluß der Ovarien hervorgerufen werden können. Auch mein Fall der 43jährigen Frau, welche durch die Röntgenbestrahlungen in ihrer ovariellen Funktion schwer geschädigt war, dürfte zugunsten dieser Ansicht sprechen. Für endokrinen Einfluß spricht sich auch JADASSOHN aus. ALEXANDER weist sie jedoch entschieden zurück.

Von anderen ätiologischen Momenten sei noch erwähnt der von DENEKE angenommene Einfluß einer durchgemachten Polyarthritis rheumatica, welche jedoch die anderen Autoren nicht beobachtet haben. Ferner der von G. H. PERCIVAL und C. H. STEWART als Ursache an-

Digitized by Google

genommene verminderte Kalkgehalt des Blutes, eine Annahme, die jedoch durch die experimentelle Erhöhung des Kalkspiegels, welche ohne Einfluß blieb, nicht bestätigt wurde.

Schließlich käme wohl als nächstliegender und plausibelstes Moment die Kältewirkung in Betracht, ein Moment, das mir in der Diskussion über dieses Thema von mehreren Seiten vorgehalten wurde. In der Tat hat diese so einfache Erklärung viel Verlockendes und würde den Teil der Dermatologen am meisten befriedigen, welche in unser Erkrankung überhaupt nichts Neues, sondern nur eine einfache Kongelatio sehen wollen. Dem kann ich aber nicht beistimmen. Bekanntlich leiden dazu disponierte Individuen an Folgen der Kältewirkung nur an bestimmten Körperstellen, und zwar an den Zehen, Fingern, den Ohrläppchen, der Nase usw. Die befallenen Stellen brennen und jucken stark und disponieren zu Ulzerationen. Falls also die Erythrozyanose in analoger Weise entstehen sollte, müßten die davon Befallenen zum mindesten auch an den üblichen Stellen Erfrierungserscheinungen aufweisen, also Pernionen haben, und weiter müßten sie an den befallenen Stellen analoge Beschwerden haben. Beides ist nicht der Fall. Ich habe besonders darauf geachtet und niemals zu gleicher Zeit bestehende Pernionen gesehen, auch anamnestisch nur vereinzelt in früheren Jahren solche feststellen können. Die Annahme also einer einfachen Erfrierung ist also nicht haltbar.

Dagegen erscheint es im höchsten Grade wahrscheinlich, daß der Einfluß der Temperatur als auslösender Faktor in Betracht kommt. Und hier muß ich den Autoren beistimmen, welche der modernen Kleidung der Mädchen und Frauen einen großen Teil der Schuld an dem Leiden zuschieben. Es kommen hierbei einerseits die dünnen Strümpfe mit den kurzen Röckchen in Betracht, andererseits die minimale Bedeckung des Unterleibes. Letztere, im Winter und Sommer zwecks Schlankheit der Figur aufs Minimum beschränkt, disponiert während der Menses zu Kälteschädigungen der inneren Genitalien mit ihren Folgen (Dysmenorrhoe usw.). Erstere setzen oberhalb der Knöchel die sowieso zur Blutstauung neigende Haut der Wirkung niedrigerer Temperatur aus. Sind nun solche Frauen, sei es durch Funktionsstörungen der Ovarien, sei es durch andere endokrine Einwirkungen in der Blutzirkulation an den betreffenden Stellen geschädigt, so ergibt sich aus dem Zusammenwirken dieser Faktoren eine länger dauernde Stase plus Folgen der Kältewirkung.

Dieser Entstehungsmodus scheint mir mehr für sich zu haben als die von ALEXANDER als einzige Ursache angenommene Entwicklungsstörung.

Zum Schluß noch eine Bemerkung über die Nomenklatur. Die ursprünglichen Bezeichnungen mit den Worten: „des jeunes filles", „puellaris" usw. erweisen sich als nicht haltbar, da nicht nur junge Mädchen von der Affektion befallen werden, sondern auch verheiratete und ältere Frauen (MENDES DA COSTA, ALEXANDER, mein Fall 6). Es dürfte also die Bezeichnung: „Erythrocyanosis crurum feminarum" entsprechender sein, wobei zur Charakterisierung der auffallenden eisigen Kälte der befallenen Haut das Adjektiv „frigida" vielleicht hinzuzufügen wäre.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

Literatur

Deneke, D. m. W., 1919, S. 1211. — Darier, Précis de Dermatologie. — Lengfellner, „Erythema venosum". M. m. W., 1920, Nr. 3. — Thibierge und Stiassnie, Bull. de la soc. franç. de derm., 1921. — Bolte, Kl. W., 1922, Nr. 12. — Mendes da Costa und van Oort-Lau, Act. derm.-venerol., 1926, Bd. 7, Nr. 1. — G. H. Percival und C. P. Stewart, Brit. J. of Derm., März 1927. — F. Parkes Weber, Brit. J. of Derm., Juli 1927. — Alexander, Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 18.

Aus der I. Medizinischen Universitätsklinik in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. K. F. Wenckebach)

Zur Frage der Beeinflussung der Regenerationsfähigkeit der Haut durch lokale Insulinapplikation

Von

D. Adlersberg und A. Perutz

In einer früheren Mitteilung (1) berichteten wir, daß Insulin Wellcome auf torpide Geschwüre sowohl beim Menschen als auch bei den künstlich am Tier erzeugten Ulzerationen lokal appliziert einen regenerationsfördernden Einfluß ausübt. Es wurde auch darauf hingewiesen, daß diese Wirkung nicht vom Blute aus erfolge, sondern rein lokal bedingt sei. Bezüglich der theoretischen Überlegungen, die uns veranlaßten, diese Untersuchungen vorzunehmen, sei auf die eben genannte Veröffentlichung verwiesen. Seit der Publikation wurden noch weitere fünf Fälle von torpiden Ulzerationen der Haut örtlich mit Insulin behandelt. Wir können unsere erste Mitteilung vollinhaltlich bestätigen: In allen Fällen hatte das Insulin eine deutliche Wirkung ausgeübt, die sich dahin äußerte, daß die vorher lange Zeit bestehenden torpiden Geschwüre sich rasch reinigten und mit zahlreichen, sehr gut vaskularisierten, leicht blutenden und reichlich sezernierenden Granulationen bedeckten. Vier dieser Fälle betrafen ambulantes Material. In einem Falle, der bettlägerig war, kann der Einfluß der Bettruhe natürlich auch eine gewisse Rolle gespielt haben. Freilich eignet sich praktisch nicht jeder Fall dazu; bei Fällen mit über Hand großen Ulzerationen dauert es, namentlich bei alten Individuen, noch immerhin lange genug, bis eine vollständige Überhäutung stattgefunden hat. Bei diesen Fällen kann dann, wenn die Regeneration einmal durch Insulin in Gang gesetzt wurde, ein chirurgisches Verfahren (Plastik) herangezogen werden. Andererseits kann natürlich bei diesen Fällen auch der Kostenpunkt eine Rolle spielen, da man bei so ausgedehnten Substanzverlusten nicht selten eine halbe bis eine Flasche Insulin (also 3—5 ccm) für eine sich täglich wiederholende Behandlung benötigt. Es sei hier nochmals darauf verwiesen, daß wir mehr aus theoretischem Interesse als aus praktischen Gründen das Regenerationsvermögen der Haut unter dem Einfluß des Pankreashormons studiert haben.

Nach Erscheinen unserer Arbeit erhielten wir durch briefliche Mitteilung Kenntnis von einer Veröffentlichung von Landsberg (2) (Warschau), die uns leider entgangen war. Dieser Autor konnte unter dem

Digitized by Google

Einfluß von subkutan, aber auch lokal appliziertem Insulin ein besseres Heilen von chirurgischen Wunden beobachten. Über unsere Anregung hat auch Dr. E. KLAFTEN, Assistent der I. Universitäts-Frauenklinik (Prof. PEHAM) in Wien, das Insulin Wellcome bei Erosionen der Portio und schlecht heilenden Ulzerationen der Scheide herangezogen und gewann den Eindruck einer wesentlich rascheren Epithelisierung, Erneuerung und Heilung derselben. Dr. KLAFTEN ermächtigt uns, auch mitzuteilen, daß er bei der zarten Beschaffenheit der hier in Betracht kommenden Schleimhaut niemals auch nur andeutungsweise Verätzungen oder Verschorfungen sah. Um so auffallender war eine Mitteilung von FISCHER (3) aus der Innsbrucker Dermatologischen Klinik, der auf Grund unserer Publikation in sechs Fällen von torpiden Unterschenkelgeschwüren mit lokaler Insulinapplikation behandelte und dabei nicht nur keine Beeinflussung, sondern bei fünf Fällen einen schwarzen, schorfähnlichen Belag beobachtete, so daß die Geschwürsfläche wie verätzt aussah, was den Autor veranlaßte, die Insulinbehandlung abzubrechen. Von seinen sechs Patienten waren drei über 65 Jahre alt. Leider ist in der Publikation nicht erwähnt, welches Insulin von FISCHER verwendet wurde. Ebenso erhielten wir auf eine briefliche diesbezügliche Anfrage keine Antwort.

Die auffallende Diskrepanz zwischen unserer Beobachtung, den in der ersten Arbeit von uns angeführten Mitteilungen französischer Autoren und der soeben angeführten Arbeit von LANDSBERG, andererseits den ungünstigen Erfahrungen von FISCHER war uns mit Rücksicht auf die Wichtigkeit der Frage Veranlassung, weitere Untersuchungen in dieser Richtung hin anzustellen.

Es kam zunächst in Frage, ob die Konzentration des Insulins eine Rolle spielt, da es bekanntlich Insulinsorten gibt, die nicht wie das von uns verwendete Insulin Wellcome 20 Einheiten im Kubikzentimeter enthalten (z. B. A. B. BRAND). Um nun diese Möglichkeit zu untersuchen, haben wir ein ausgedehntes, handtellergroßes Ulkus mit Insulinsubstanz (pulverisiertes Trockeninsulin Chemosan) zwei Tage nacheinander bestreut und dabei aber auch keine Andeutung einer Verschorfung oder Nekrose wahrgenommen.

Als zweiter Faktor, der diese Widersprüche erklären könnte, kam eine verschiedene Azidität des Lösungsmittels des Insulins in Betracht. Tatsächlich besteht eine nicht unbeträchtliche Schwankung in der Azidität einzelner Insuline. Wir haben nun bei sieben uns zugänglichen Insulinsorten mit der MICHAELISchen Indikatorenreihe das P_H untersucht und folgende Werte gefunden:

Insulin	P_H
Degewop (ältere Charge)	3,4
Degewop (neuere Charge)	3,5—3,6
Insulin Kahlbaum	5,2
Insulin Wellcome	6,6
Insulin Phiag (ältere Charge)	6,7
Insulin Brand	6,8
Dänisches Insulin Neo	7,0

Es war nun anzunehmen, daß die lokale Applikation von stark saurem Insulin möglicherweise die Ursache einer Verschorfung bzw.

Digitized by Google

Verätzung sein könnte. Wir haben daher auf das ausgedehnte Ulkus sowohl die beiden Chargen des Insulin Degewop als auch das Insulin Kahlbaum zweimal nacheinander auf verschiedene Teile des Ulkus aufgetragen und konnten im Gegensatz zu dem übrigen hellroten Ulkus eine düsterrote Verfärbung, die trocken aussah, beobachten. Eine Verschorfung war allerdings nicht zu sehen.

Als dritter Faktor käme der Zusatz von desinfizierenden Substanzen, wie sie in manchen Insulinen enthalten sind, in Betracht (z. B. Trikresol). Allerdings dürfte der Zusatz von Trikresol recht gering sein, da er sonst auch bei subkutaner Applikation Reizerscheinungen veranlassen würde.

Da wir nicht feststellen konnten, welches Präparat bei FISCHER zur Verwendung kam, so liegt die Möglichkeit nahe, daß die Mißerfolge durch Verwendung eines stark sauren Insulins, vielleicht auch mit Zusatz eines ätzenden Desinfizienz bedingt sind. Wie dem auch immer sei, für die praktische lokale Insulinapplikation ergibt sich die Forderung, nur mit Insulin, dessen P_H nahe dem Neutralisationspunkt liegt und das keine ätzenden Desinfizienten enthält, zu arbeiten.

Literatur

1. ADLERSBERG und PERUTZ, Kl. W., 1927, Nr. 3. — 2. LANDSBERG, Verhandlungen des Kongresses für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten, Wien 1925, S. 393. — 3. FISCHER, Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 15.

Fliegenmaden als Wundenschmarotzer in Süd-Serbien (Mazedonien)

Von

Dr. L. KISLITSCHENKO und N. BARANOFF in Skoplje

Mit 3 Abbildungen im Text

Fall 1: A. S. SCHÄFER, 13 Jahre alt, aus der Umgebung von Skoplje stammend, wurde uns (in das hiesige staatliche Ambulatorium für Haut und venerische Krankheiten) am 25. VII. 1925 wegen Favus capillitii zugestellt.

St. praesens. Ein hart mitgenommenes Subjekt. Der ganze behaarte Kopfteil ist mit einem dicken Schorf bedeckt, welcher aus favischen Skutula besteht. Auf der Regio parietalis fast gar keine Haare. Auf Regiones temporales und auf dem Hinterkopf sind die Haare lang, verfilzt.

Nach dem Scheren und der Entfernung der Hauptmasse der Skutula, 26. VII., kamen auf der glänzenden, rötlichen, erodierten und sukkulenten Haut — Regionis temporalis d. et regionis parietalis — vier tiefe Doppelöffnungen zum Vorschein (siehe Abb. 1).

Jede von diesen Doppelöffnungen ist von 2 Öffnungen zusammengestellt, einer größeren (3 mm im Durchmesser) und einer kleineren (2 mm). Zwischen ihnen befindet sich eine schmale Hautbrücke. Aus diesen Öffnungen entquillt in pulsierenden Stößen eine trübe (eitrig-seröse) Flüssigkeit.

Bei aufmerksamer Beobachtung bemerkt man, daß aus diesen Öffnungen, in regelmäßigen Zeitabschnitten, geradezu auf einen Moment, ein lebendes Wesen herausdringt und rhythmische Bewegungen ausführt.

Wahrscheinlich war es der Hinterteil der später entfernten Maden, welcher hinausgeschoben wurde, um mit der äußeren Luft, der Atmung wegen, in Berührung zu kommen.

Digitized by Google

Die in die Öffnungen eingeführte Kopfsonde dringt vollständig frei in dem Tela subcutanea (Hypoderma) herum auf 2—3 cm und stößt auf eine Art elastischer Bildungen.

Vermittelst vorsichtiger Manipulationen mit der Knopfsonde, wurden aus jeder größeren Öffnung Maden herausgezogen[1]), welche Lebensbewegungen aufwiesen. Einige der Maden erreichten die Länge von fast $^3/_4$ cm. Ein guter Teil dieser Maden wurde in die parasitologische Abteilung des Instituts für Tropenkrankheiten in Skoplje, zur eventuellen Determination expediert. Anfang August entwickelten sich aus den Puppen zwei Männchen — Wohlfartia magnifica Schin.

Da die genaue Determination der Muskiden sehr schwierig ist, erlauben wir uns, hier eine eingehende Beschreibung der gezogenen Fliegen beizulegen.

Wohlfartia magnifica Schin (s. Abb. 2). ♂ Kopf silberweiß glänzend, hinten gepolstert, schwarz behaart. Stirn so breit, wie es ein Auge ist, oder auch ein wenig breiter. Wangen halb so breit wie ein Auge. Backen gleich $^2/_5$ der Augenhöhe. Eine Orbitalborste, die aber schwach entwickelt ist. Eins der Exemplare hat an der rechten Seite eine Orbitalborste, an der linken Seite keine. Orbiten an der schmälsten Stelle $^4/_5$ so breit wie die Stirnstrieme. Ozellarborsten nach auswärts gerichtet und nach vorwärts gekrümmt. Äußere Vertikalborsten kaum bemerkbar. Fühler schwarz. Drittes Fühlerglied 2—$2^1/_2$ mal so lang wie das zweite. Fühlerborste im Basalen $^2/_5$ verdickt, dann allmählich verdünnt, sehr fein pubeszende Wangen mit einigen Haaren. Vibrissen nicht aufsteigend. Taster schwarz. Bei einem Exemplare in der Basalhälfte dunkelbraun.

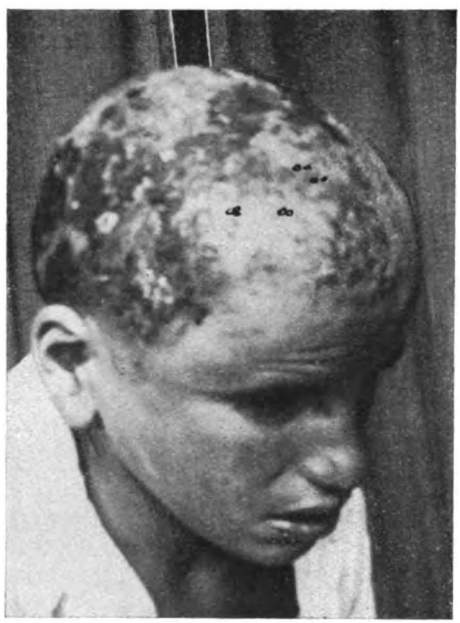


Abb. 1

Thorax schwarz, weißlich bereift mit drei deutlichen Längsstriemen. Zwei Paar Akrostichalborsten vor der Naht (bei einem Exemplar nur ein Paar), ein Paar vor dem Schildchen. Dorsozentralborsten vor der Naht zwei, hinter der Naht drei. Präsuturale Intraalaren fehlend. Sternopleuralborsten 2:1, aber die vordere untere Borste viel schwächer als die vordere obere. Flügel ohne Dorn und ohne Ader- oder Faltenfortsatz. Beugung, bald rechtwinklig bald stumpfwinklig. Dritte Längsader mit 4 bis 9 Börstchen an der Basis. Schildchen mit starken, rückwärts gerichteten Apikalen.

Hinterleib weißlich bestäubt, 1—3 Tergite mit je einem mittleren schwarzen Fleck, welcher von dem Vorderrande bis zum Hinterrande verlaufend und im hinteren Teile verbreitert, und mit je ein Paar seitlichen, runden, schwarzen Flecken, welche sich am Hinterrande der Tergite befinden. Am 4. Tergite flossen alle 3 Flecke zusammen und bilden am Hinterrande einen dreizähnigen Fleck. Dorsalmakrochäten ganz fehlend.

Beine schwarz mit dichter Behaarung und starken Borsten. V.-Beine: Schienen außen mit einer präapikalen Borste, außen hinten 2—4 in Basalhälfte und eine schwächere am Ende, hinten 2 Borsten in der Mitte, außen vorn vier in Basalhälfte und eine schwächere am Ende. Mittelschenkel außen hinten mit einer präapikalen Borste, vorn mit einigen in Basalhälfte. Mittelschienen innen mit einer starken Borste in der Mitte, außen vorn drei, außen hinten ebenso drei, hinten eine in der Mitte; Apikalende mit mehreren starken Borsten. Hinterschenkel außen mit einer präapikalen Borste, außen vorn mit einer Borstenreihe, innen mit einer längeren Behaarung und einigen Borstenhaaren. Hinter-

[1]) Nach Entfernung der Maden wurden die eben genannten Wunden der Kopfhaut unter Jodoformbehandlung in wenigen Tagen geheilt.

Digitized by Google

schienen außen mit einer präapikalen Borste, innen vorn mit zwei schwächeren an der Basis, zwei stärkeren an der Mitte und einer apikalen außen hinten mit einer schwächeren an der Basis und zwei starken an der Mitte, innen vorn zwei in der Mitte und eine apikale.

Länge: 10 mm Patria: Skoplje VII. 1925 und 24. II. 1927.

♀ Stirn 1, $^1/_2$ mal so breit wie ein Auge. Zwei deutliche Orbitalborsten. Äußere Vertikalborsten deutlich. Taster in basaler Hälfte dunkelbraun. Mehrere Paare Akrostichalborsten hinter und vor der Naht. Intraalaren vor der Naht deutlich. Sternopleuralen 1 : 1. Vordere Borste an Vorderschienen außen ebenso stark wie die anderen. Hinterschienen innen ohne zottige Behaarung, innen vorn mit starken Borsten. Hinterschienen außen vorn und außen hinten mit einigen Borsten, hinten und innen nackt, innen vorn mit 2 Borsten. Länge: $9^1/_2$ mm. Patria: Skoplje VII. 1925.

Abb. 2. Hypopygium der Wohlfartia magnifica Schin

Abb. 3. Hypopygium der Lucilia sericata Meig. a) Forzeps, b) Seitenteil des Forzeps, c) Penis

Bemerkung: Wir haben noch zwei im Golubaz (an der Donau) e. V. 1924 gefangene Männchen, welche viel größer sind und sich etwas von den gezogenen Exemplaren morphologisch unterscheiden.

Fall 2. IBRISCH AJIL, aus dem Bezirk Djakovica-Metochija, Südserbien, 60 Jahre alt, Bauer, hat sich am 7. VIII. 1925 zwecks Untersuchung und eventueller Behandlung seines Leidens im Staatsspital in Skoplje vorgestellt. Er wurde von dem Inspektionsarzt (Krankenuntersuchungsprotokolle Nr. 1603, 7. VIII. 25) auf die chirurgische Abteilung instradiert.

Auf der chirurgischen Abteilung (Chefarzt Dr. J. PULJIZEVIC) wurde konstatiert, daß es sich um ein ausgedehntes Carcinoma orbitae, welches bereits die ganze Augenhöhle und die Umgebung ausgefressen hatte, handelt. Der exulzerierten Karzinomwunde entwich ein starker Gestank und in der Tiefe derselben fand man zahlreiche lebendige Larven. Die Wunde wurde chirurgisch versorgt und einige Larven zur weiteren Unter-

Digitized by Google

suchung auf die parasitologische Abteilung des Instituts für Tropenkrankheiten in Skoplje geschickt.

Aus einem Teil der aus der Wunde ausgezogenen Maden entwickelten sich im Verlauf des Monats August 3 Fliegen: 2 Männchen und 1 Weibchen. Die Fliegen ergaben sich als aus der Art Lucilia sericata, Meig.

Aus der spärlichen, uns zur Verfügung stehenden Literatur ersieht man, daß die betreffenden Fliegen (Lucilia sericata) öfters ihre Eier auf die Hinterbacken der jungen Lämmer ablegen, wonach die Maden größere Wunden erzeugen (E. Martini). Manchmal stecken diese Fliegen sogar größere Schafherden an und verursachen damit einen größeren Schaden für die Schafzucht, besonders in Australien (E. Brumpt). M. Neuveu-Lemaire und ebenso M. Braun erwähnen den Befund der Maden dieser Fliegen auch auf den Menschen. Mit Rücksicht darauf, daß Fliegen dieser Art in den verschiedenen Weltteilen vorzufinden sind und da die Möglichkeit besteht, daß verschiedene Abarten davon bestehen, wollen wir eine genauere Determination geben und legen ihm eine Skizze des Hypopygiums der Lucilia sericata bei (s. Abb. 3).

Lucilia sericata Meig. Thorax und Hinterleib glänzend grün, mit einer dünnen Bereifung an dem Vorderrande des Thorax und an dem Hinterleibe des Weibchens, die besonders dann sichtbar wird, wenn man die Fliege ganz von hinten betrachtet. Scheitel des Weibchens mit grünen Reflexen. Stirn des Männchens ein wenig schmäler als die Entfernung zwischen den vorderen Akrostichalborsten, die des Weibchens breiter als ein Auge. Dorsalzentralborsten hinter der Naht drei. Akrostichalborsten hinter der Naht ebenso drei. Beborstung des Schildchens vollständig. Zweiter Hinterleibsring ohne Randborsten.

Hypopygium erinnert an ein solches von Lucilia flavipennis Kram., hat aber Dorsalrand des Forzeps im Basalteile mit Vorsprung und Ventralrand der Seitenteile des Forzeps mit scharfem Ausschnitte an der Basis. Länge: ♂ 8 mm; ♀ 9 mm.

Fall 3. Ein serbischer Bauer, 56 Jahre alt, wurde im Herbst 1926 (13. X.) in die Abteilung für die Haut- und venerische Krankheiten des Staatsspitals zu Skoplje (Vorsteher: Prof. Dr. V. Zarubin) mit der Diagnose Lues III (Osteoperiostitis gummosa ulcerosa) aufgenommen.

Anamnestisch hat es sich herausgestellt, daß er breits seit 3 Jahren krank ist.

Bei der Aufnahme wurden am rechten Beine tiefe serpiginöse, verfließende Geschwüre von etwa 20 cm Länge und etwa 8 cm Breite, stark verunreinigte, stinkende, stellenweise mit einigen blutigen Schorfen belegte Wunden konstatiert. Aus den tiefen Buchten der Geschwüre wurden etwa 15 kleine Maden ausgezogen. Diese Maden verpuppten sich annähernd in 3 Wochen und am 20. I. 27 kam aus einer Puppe eine Lucilia sericata Meig zum Vorschein, und zwar 1 Weibchen, während am 24. II. 27 aus zwei anderen Puppen sich 2 Männchen der Wohlfartia magn. Schin entwickelten (Parasitol. Abteil des. Instituts für Tropenkrankheiten in Skoplje).

Dieser Fall ist in bezug der Mischinfektion (genauer Mischverunreinigung) interessant.

Aus der beigelegten Literatur ersieht man, daß diese Arten von Fliegen als zufällige Wundparasiten (besonders Wohlfartia magn. Schin) bei Tieren und Menschen nicht so selten beobachtet worden sind.

Alle unsere 3 Patienten sind durchweg Bauern, welche unter primitiven Verhältnissen fast mit den Haustieren zusammenleben und es darf einen nicht wundernehmen, daß unter solchen Umständen eine Ansteckung mit Parasiten sehr leicht stattfinden kann.

Zum Abschlusse dieser Mitteilung empfinden wir es als eine angenehme Pflicht, unseren besten Dank den Kollaboranten bei dieser Arbeit, V. Zarubin, J. Puljizevic und A. Fadejeff, Parasitologen, welcher uns freiwillig die Skizze der Hypopygien der Fliegen hergestellt hat, auszusprechen.

Literatur

1. E. Martini, Lehrbuch der medizinischen Entomologie. Fischer, Jena 1923. — 2. M. Neveu-Lemaire, Parasitologie humaine. V. Edition. Paris. — 3. M. Braun. Die tierischen Parasiten des Menschen. — 4. E. Brumpt, Praxis de parasitologie. Paris 1922. — 5. E. Seguy, Les insectes parasites. Paris 1924.

Digitized by Google

Versammlungen

Nordwestdeutsche Dermatologen-Vereinigung in Hamburg am 26. und 27. März 1927

Vors.: Delbanco. Ehrenvors.: Arning, Juliusberg-Braunschweig, Klingmüller, H. Meyer. Schriftführer: Bruck, Ritter

Vortrag von Caspari-Frankfurt a. M. über: **Neuere Krebsforschungen.** Eine große Zahl der neueren Arbeiten auf dem Gebiete der Krebsforschung hat das Problem der Krebsgenese zum Gegenstande. Dabei kann man leicht Zusammenhänge finden mit den älteren Theorien der Krebsentstehung, speziell mit der Cohnheimschen Theorie der embryonalen versprengten Keime oder der Virchowschen Reiztheorie. Vortr. bespricht die wichtigsten neuesten Arbeiten auf diesem Gebiete, die u. a. die Erblichkeit der Krebsdisposition dartun, und zwar sowohl in bezug auf die allgemeine wie auch auf die lokale Disposition. Auch aus den zahlreichen verschiedenartigsten Erfahrungen über den Teerkrebs ergibt sich einwandfrei, daß eine Reihe von Faktoren als auslösende und begünstigende Momente in Frage kommen können. Was die in letzter Zeit besonders im Vordergrund des Interesses stehenden Arbeiten über bakterielle Erzeugung des Krebses angeht, so weist der Vortr. nach, daß sie keineswegs zwingend sind, weder was die experimentelle Erzeugung, noch die Versuche über Erzeugung von Krebsimmunität (selbst bei dem Rousschen Hühnersarkom) angeht. Eigene Versuche des Vortr. in dieser Richtung mit den verschiedensten Kulturen hatten immer ein negatives Resultat. Wesentlich ist, daß bei jenen Experimenten, die ein positives Ergebnis hatten, Wuchsstoffen, die Vortr. „Nekrohormone" nennt, eine wesentliche Bedeutung im Sinne einer Aktivierung zukommt. Vortr. entwickelt dann nach eingehender kritischer Würdigung der bisher in der Literatur niedergelegten Ergebnisse anderer Autoren und seiner eigenen Erfahrungen folgende Theorie:

Zellen werden dort zu übermäßiger Proliferation angeregt, wo sie dicht geballt und ohne Zwischensubstanz mit ungenügender Gefäßversorgung zusammenliegen (Burrows); die verschiedenen Substanzen, die krebserzeugend wirken, können dazu den Anlaß geben (B. Fischers Attraxine). Unter solchen Umständen geht zweifellos eine erhöhte Anzahl von Zellen zugrunde. Es entstehen Nekrohormone, die in starker Konzentration zellgiftig, in geringer Konzentration zellstimulierend wirken. Der oben bereits erwähnte Zusatz von Wuchsstoffen (meist embryonaler Genese) zu Kulturen (Gye) ist deshalb wirksam, weil er diese Nekrohormone in äußerst niedriger Konzentration dem Kulturmedium mitteilt. Selbstverständlich ist die durch die Nekrohormone ausgelöste Zellwucherung noch kein Krebs, denn sonst wäre jede Entzündung, jede Wundheilung präkanzerös. Dazu kommen muß die geringe Gefäßversorgung, d. h. also gegensätzliche Verhältnisse zur Wundheilung und Entzündung. Schlechte Gefäßversorgung führt zu mangelhafter Sauerstoffzufuhr, Zelluntergang, gesteigerter Nekrohormonbildung.

Warburg konnte nachweisen, daß der Stoffwechsel der Karzinomzelle qualitativ der Erstickungsstoffwechsel der normalen Zelle ist. Bei dem Gährungsstoffwechsel der Krebszelle werden etwa 10% ihres Gewichtes an Milchsäure produziert. Bei der schnellen Generationsfolge der Zellen kann sich schließlich die eine oder andere an den Zustand des Sauerstoffwechsels adaptieren, indem sie den für die Krebszelle charakteristischen Stoffwechsel annimmt. Damit ist sie zur Krebszelle geworden und hat das Übergewicht gewonnen gegenüber den nicht angepaßten Nachbarzellen. Diese Adaption geht so weit, daß auch unter normalen Bedingungen, d. h. bei Sauerstoffzufuhr dieser Gärungsstoffwechsel beibehalten wird. Embryonales Gewebe, welches bei ungenügender Sauerstoffzufuhr quantitativ ähnlich intensiv gärt wie Tumorgewebe, unterscheidet sich von diesem dadurch, daß es sich in seinem Stoffwechsel bei Sauerstoffzufuhr verhält wie normales Gewebe.

Vortr. lehnt die Anschauung Warburgs, der die Karzinomgenese von den wachsenden und starkgärenden Körperzellen ableitet, deshalb ab, weil man embryonales, d. h.

Digitized by Google

geringdifferenziertes Gewebe nicht ohne weiteres mit wachsendem, aber ausdifferenziertem Gewebe vergleichen kann.

Doch gibt vielleicht die Warburgsche Hypothese die Möglichkeit, zu erklären, warum dort, wo embryonale Zellen liegengeblieben sind, leichter Tumoren entstehen als im normalen Gewebe. Die Adaptierung an den Sauerstoffmangel ist das Kennzeichen der Karzinomzelle, das man ihr allerdings nicht von außen ansehen kann.

Diskussion: Delbanco, Habermann, Philippson, Holthusen, Bierich, Paul Unna jr., Hölscher, Caspari.

Demonstrationen:

1. Ritter: **Fall von Lepra.** Brasilianer, gestern zuerst in der Sprechstunde gewesen, so daß die genauen Untersuchungen noch nicht angestellt werden konnten. Da das Exanthem außerordentlich lepraverdächtig aussieht und auch sonst nicht untergebracht werden kann, wird der Verdacht auf Lepra ausgesprochen und der Fall zur Diskussion gestellt.

Diskussion. Arning: Der Fall muß noch durchforscht werden. Eine hämatogene Aussaat von einem Lepraprimäraffekt — der Stickersche Nasenprimäraffekt fehlt — muß bei der Verbreitung des Ausschlages vorhanden sein. Die Haut des Körpers bietet keine Zeichen eines länger vorhandenen Lepraherdes, von dem das jetzige Exanthem hätte ausgehen können. Auch das Exanthem selbst hat nicht den Charakter des leprösen Frühexanthems. Es fehlen auch, bei allerdings nur flüchtig möglichen Untersuchungen, alle Zeichen von Nervenverdickungen an den Prädilektionsstellen und jegliche Störung subjektiver und objektiver Art seitens des peripheren Nervensystems. Dazu kommt, daß nach Aussagen des Pat. das jetzt bestehende kleinfleckige erythematöse Exanthem bei seinem Auftreten vor 4 Wochen viel größere, juckende Plaques zeigte. Bei der Herkunft des Pat. aus Brasilien muß man selbstverständlich bei diesem Fall an Lepra denken, aber auch an urtikarielle Zustände, wie sie u. a. bei Helminthiasis vorkommen.

P. Unna jr. warnt, voreilig den Verdacht auf Lepra auszusprechen bevor der allein beweisende Bazillenbefund sichergestellt ist. Wenn der Nasenabstrich steril ist, so müssen die Hautflecken auf Bazillen untersucht werden, indem CO_2-Blaseninhalt zentrifugiert und die Ausstriche mit Ziehlscher Methode und mit der protahierten Grammethode (Arning-Lewandowsky) oder Kokosthrixmethode (Unna) untersucht werden. Der klinische Befund muß, abgesehen von Lues, toxischem Erythem, auch an Lepra denken lassen. Die Nervi ulnares sind verdickt. Die ringförmigen Neurolepride gewähren ein ganz ähnliches klinisches Bild.

2. Hegler: **Ausgedehnter Hautausschlag mit akuter myeloischer Leukämie.** 38jähr. Pat. Die Erkrankung begann Anfang Januar 1927 mit Zahnfleischschwellung. Mitte März traten bläuliche Flecken am Rumpf auf, die zum Teil zurückgingen und Nachschübe zeigten. Etwa 8 Tage später erbsen- bis bohnengroße bläulich gefärbte Hautinfiltrationen am ganzen Rumpf, teilweise auch an den Extremitäten. Blutbefund: 40% Hb. 270000 Leukozyten mit größtenteils völlig undifferenzierten Zellen der myeloischen Reihe: große Myeloblasten, Myelozyten. Milz- und Leberschwellung, geringe Temperatursteigerung. (Pat. starb 8 Tage später. Sektionsbefund: der einer akuten Leukämie plus schweren Anämie.)

Antoni: **Schambergs Disease.** Bei einem 1909 in Archangelsk geborenen jungen Mädchen traten 1922 in London zum ersten Male ohne besondere Beschwerden und Schmerzen blaurote Flecke am linken Unterarm auf, denen bald ähnliche an den Oberschenkeln folgten. Zur Zeit findet sich bei dem 18jähr. Mädchen auf der medialen Seite des Oberschenkels ein handtellergroßer Herd von rostroter Farbe. Die Ränder des Herdes sind intensiv rot gefärbt. Wie kleine Blutspritzer sitzen einzelne blutrote Flecken in der rostroten Färbung versprengt. Kleine Teleangiektasien und leichte Neigung zur Atrophie. An beiden Oberschenkeln, an der lateralen Seite genau korrespondierend, finden sich dreimarkstückgroße rostrote Flecke mit roten Pünktchen durchsetzt. Striae in der Glutäalgegend. Auf dem linken Unterarm in unmittelbarer Nähe des Handgelenkes findet sich ein kreisrunder fünfmarkstückgroßer Herd von intensiv rostroter Färbung mit leichter Neigung zur Atrophie. Innere Organe o. B. (Mutter leidet an Basedow).

Blutuntersuchung: Blutkörpersenkungsreaktion (Westergin) 7 mm. Blutungszeit: $4^1/_2$ Min. (verlängert statt $2^1/_2$ Min.). Blutgerinnung: Beginn nach 15 Min., beendet nach 30 Min. Thrombozyten: 156000 (niedrig bis herabgesetzt). Erythrozyten: 860000. Leukozyten: 8500. Haemoglobin corrig.: 74,3%, Sahli 60%. WR negativ.

Digitized by Google

3. Höft (Klinik Ritter): **Morbus Schamberg.** 15jähr. Junge, seit 3 Jahren braune Stelle an der Außenseite des rechten Unterschenkels von Dammgröße. Der Fleck weist eine rotbraune Pigmentierung auf, die vom Rande zum Zentrum zunimmt. Histologisch Infiltration von Leukozyten und Lymphozyten, vereinzelte Mastzellen im Stratum subpapillare. Pigmentierung in den Basalzellen und außerhalb derselben.

Diskussion: Delbanco ist sich sicher über die Abgrenzung des echten Majochi, von dem er den ersten Fall in Hamburg demonstrierte, von der Sch.s Affektion noch nicht im klaren. Eine entschiedene Einstellnng zur Identität und Nichtidentität haben in Berlin anläßlich der letzten Festsetzung Arndt und Klingmüller eingenommen.

Klingmüller spricht für die klinische Trennung des Morbus Schamberg und der Purpura Majochi; die histologischen Untersuchungen bedürfen noch der Ergänzung und Erweiterung.

4. Bruck: **Dermatitis exfoliativa chronica** (Typ Wilson-Brocq). 25jähr. Mann. Beginn der Erkrankung im zweiten Lebensjahre. Rötung und kleinförmige Schuppung am ganzen Körper mit Ausnahme von Brust und Rücken. Zuweilen intensives und zeitweilig Nässen, im Gesicht beginnende Hautatrophie (Übergang zu Pityriasis rubra Hebrae?). Absolute Resistenz gegen jegliche Therapie. Endokrine Störungen nicht nachweisbar. Tuberkulinreaktion positiv.

Diskussion: P. Unna jr. hat sich nie von der Existenz einer primären exfoliativen Erythrodermie überzeugen können. Er faßt den Fall als sekundäre Erythrodermie auf.

Ritter macht darauf aufmerksam auf den Zusammenhang der exfoliativen Erythrodermie mit Tuberkulose. Das hier gezeigte Krankheitsbild hält R. für chronisches Ekzem.

Juliusberg-Braunschweig: Der Fall ist wohl eher ein chronisches Ekzem bzw. eine Neurodermatitis als eine exfoliative Dermatitis. Wenn Unna die Frage aufwirft, ob man überhaupt das Recht hat, von primären Erythrodermien zu sprechen, so möchte ich demgegenüber sagen, daß man nach unserem Sprachgebrauch typische Fälle von Pityriasis rubra Hebrae und Fälle von Typus Wilson-Brocq doch als primäre Hauterkrankung auffassen muß, auch wenn für einen Teil der Fälle Grundlagen für eine tuberkulöse oder pseudoleukämische Leukämie vorhanden sind. Die Mehrzahl der demonstrierten Fälle von Dermatitis exfoliativa sind allerdings sekundäre Formen.

Dermatitis nodularis necrotica. 18jähr. Mädchen. Vor 4 Jahren Drüsentuberkulose. Seit einem halben Jahre Aussaat von lividen Knötchen an den Streckseiten beider Unterschenkel, die sich teils zurückbilden, teils zu größeren und kleineren Geschwüren führen. Lokalbehandlung erfolglos, deutliche Heilungstendenz auf Tuberkulinbehandlung. Es handelte sich um eine seltene Abart des papulo-nekrotischen Tuberkulids, wie sie von Werther, Bruck und Urban beschrieben worden ist.

Zwei anatomische Präparate von schweren Urethralstrikturen der Pars prostatica im Anschluß an Blennorrhoe, die 30 bzw. 50 Jahre zurücklag.

5. Lilienstein: **Typischer Fall von Morbus Recklinghausen.**

Epidermolysis bullosa hereditaria.

Acne conglobata.

Diskussion: Delbanco weist auf das Referat von H. Hoffmann über die Acne conglobata im Zbl., Bd. 19 hin und empfiehlt intravenös Staphylo-Yatren für die phlegmonöse Akne.

Kraurosis penis.

Diskussion: Arning unterstreicht die Diagnose Kraurosis praeputii und erwähnt einen Fall von Kraurosis vulvae Breisky, der in direktem Zusammenhang stand mit einem Lichen planus der Genitofemoralgegend und des Dammes. Noch heute hat der Pat. deutliche Lichen-planus-Eruptionen an beiden Volarseiten der Handgelenke. Es ist A.s zweiter Fall von Kombination des Morbus Breisky und Lichen planus. Ein kausaler Zusammenhang ist deshalb möglich, weil der Lichen auch die Schleimhaut befällt, Hyperkeratose macht, anschließend Atrophien und von starkem Pruritus begleitet ist. A. bittet auf den Zusammenhang weiter zu achten.

Halle fragt die Versammlung nach einem wirksamen Mittel gegen den hartnäckig rezidivierenden Herpes. Bruck schlägt unter Hinweis auf die Gildemeisterschen Tierversuche über kreuzweise Immunität zwischen Herpes und Variola vor, Herpetiker mit Kuhpockenlymphe zu revakzinieren. Keining berichtet, daß derartige Versuche mit sehr gutem Erfolg an der Berliner Universitäts-Hautklinik angestellt sind.

Delbanco erkennt die Diagnose an. Banale Druckgeschwüre der Eichel unter der schrumpfenden Vorhaut können zu allen möglichen Täuschungen führen.

Digitized by Google

6. Keining (Univ.-Hautkl.): **Fall von Leukokeratosis glandis auf luetischer Basis.** Neben flachen Erosionen dicke weißliche, sehr fest haftende figurierte Auflagerungen. WR +.

7. Nothaes (Univ.-Hautkl.): **Tuberculosis cutis verrucosa?** Ausgedehnter Prozeß am rechten Unterschenkel bei einem Diabetiker mit Varizen und positiver WR. Seit einem Jahre aufgetreten.

8. Habermann (Univ.-Hautkl.): **Fall von Acrocalcinosis subcutis et cutis.** Bei 60jähr. Frau. Seit Mitte März Schmerzen und Schwellung der Fingerspitzen. Befund: Knorpelharte Verdickungen der Grundglieder verschiedener Finger, vorwiegend an den Beugeseiten, mit gelblichen Einlagerungen. Im Röntgenbild ausgedehnte Kalkablagerungen in der Subkutis, unabhängig von Knochen und Gelenken.

Zwei Fälle von isoliertem Lichen ruber der Mundschleimhaut ohne Erscheinungen an der äußeren Haut. In einem Falle vordere Hälfte der Zunge stark ergriffen. Im anderen Falle, wo Brennen beim Essen bestand, war zahnärztlicherseits toxische Wirkung von Amalganfüllungen vermutet, die alle entfernt und durch Gold ersetzt worden waren.

Diskussion. Klingmüller: Der Fall von Lichen ruber der Zunge ist nicht sicher; Verdacht auf Möllersche Glossitis, deshalb Blutbilder.

9. Habermann und Kutsch (Univ.-Hautkl.): **Fall zur Diagnose.** Bei 71jähr. Frau seit 4 Jahren in den Supraklavikulargruben beiderseits symmetrisch bis dreimarkstückgroße, prominente knorpelharte gelappte, lividbräunliche Knotenbildungen aufgetreten mit zahlreichen zentralen Dellenbildungen der einzelnen Läppchen. Zeitweise starkes Jucken. Histologischer Befund (Gefrierschnitt) nicht eindeutig. Starkes lymphozytäres Infiltrat der Papillarschicht neben Hyperkeratose erinnert an Lichen ruber. Molluscum contagiosum, woran das klinische Bild denken läßt, konnte histologisch ausgeschlossen werden.

Diskussion: Karrenberg (Klinik Ritter) erwähnt lichenoiden Bau des Präparates, nur Granulose fehlt. Auch Ödem und Lückenbildung typisch.

P. Unna jr. hält sowohl klinisch als auch histologisch den Fall für Epithelioma contagiosum. Molluskumkörper fehlen, können aber ausgedrückt sein.

de Lemos fragt, ob der Nachweis von Molluskumkörperchen geglückt sei.

Arning neigt zur Diagnose Molluscum contagiosum conglobatum. Bei alten, lange bestehenden Fällen von Molluscum contagiosum sind die schon mit schwacher Vergrößerung sichtbaren sogenannten Molluskumkörper häufig so verhornt und vertrocknet, daß sie uncharakteristisch erscheinen. In solchen Fällen wird man gut tun, dünne Ausstriche mit Löfflers Tanninbeize zu färben, um die Elementarkörper zu finden und so die Diagnose zu sichern.

10. Sommer: **Kankroid der Gesichtshaut.**

Lichen ruber planus.

11. Delbanco demonstriert in kleinerem Kreise eine 41jähr. sehr bekannte Malerin mit einer seit fast 2 Jahren bestehenden Affektion, die an den Oberarmen angefangen hatte, dann eine geraume Zeit sistierte, um jetzt vor allem das Gesicht in großem Umfange zu beteiligen. Beginn mit kleinsten intrakutanen, nur wenig über die Oberfläche vortretenden Quaddeln, meist von länglicher Form mit zentraler Delle, oft strichförmig hintereinander geordnet, gewöhnlich zu zweien. Zahlreiche Kratzeffekte, flache pigmentumsäumte Narben, die sich durch ihr restloses Verschwinden von Tuberkulidnarben unterscheiden. Überdies ist die Affektion nicht symmetrisch. Im Gesicht große persistierende blaue, flache, papelartige Herde mit zentraler Verborkung, die bei Berührung stark schmerzen. Sicherlich ist das Primäre ein Pruritus der Haut. Bis auf einen exzessiven Ponndorf hat die klinische Exploration der Pat., die starke hysterische Komplexe aufweist, keine Organveränderungen aufgedeckt. Geringer Schilddrüsenabbau (Kafka), Viskosität 0,912 und Eiweißquotient des Serums 80/20 sehr hoch (Kafka). D. hat unter allgemeiner Zustimmung die Affektion in die Gruppe der Acne urticata eingereiht, über die neuerdings Breit aus Ritters Klinik zusammenfassend berichtet hat. Bezüglich der Therapie denkt D. an die Psychoanalyse; an den Erfolgen von Sack (Baden-Baden) u. a. kann man nicht vorübergehen.

Diskussion: Klingmüller sagt, es muß etwas Artefizielles vorliegen, also Arzneiexanthem oder äußerliches Reizmittel. Ohne genauere Beobachtung kann man bei der hochintelligenten, psychisch alterierten Pat. keine Diagnose stellen.

Juliusberg-Braunschweig: Soweit nach einer Besichtigung ein Urteil gestattet ist, handelt es sich wohl um eine Dermatitis artefacta. Dafür spricht der psychische Zustand der Pat., das Auftreten der Herde an Stellen, die die Pat. erreichen kann, auch

Digitized by Google

daß dieselbe so gut den Verlauf der Krankheitserscheinungen und die Anordnung der Herde vorausbestimmt.

12. Zimmern (Ambul. Delbanco-Haas-Zimmern) demonstriert 25jähr. Mann mit **Morbus Recklinghausen.** Primäraffekt WR negativ. WR bleibt dauernd negativ. Noch während der Kur (5 g Neosalvarsan) traten korymbiforme Syphilide auf. WR wieder negativ. Dieses Nichtpositivwerden der WR bei Auftreten schwerer klinischer Eruptionen trotz Therapie bei subjektivem Wohlbefinden spricht für eine Unterwertigkeit der Abwehrkräfte, die wohl auf die kongenitale Systemerkrankung des Nervensystems zu beziehen ist.

13. Westphalen (Klinik Ritter): **Cornu cutaneum.** Gebogenes, 5—6 cm langes, dickes Hauthorn auf dem behaarten Kopfe einer 70jähr. Frau.

Komedonennaevus, an den Halspartien und in der Gürtelgegend lokalisiert. Am Hals außerdem zahlreiche Fibrome, die am Kopfe einen Komedo tragen.

Strichförmige Sklerodermie (Coup de sabre) vom behaarten Kopfe sich in die Stirn hineinziehend.

Mycosis fungoides bei einer 40jähr. Frau, seit 8 Wochen bestehend, dauernd mit Röntgenstrahlen behandelt. Erfolg jedesmal gut. Pat. zeigt am Rumpf, im Gesicht ekzematöses (prämykotisches) Stadium; einzelne Partien zeigen unter Zunahme der Infiltration und Verfärbung ins Blaurote Übergänge ins Tumorstadium. Die Affektion ist von unerträglichem und unstillbarem Juckreiz begleitet.

Hyperkeratosis congenita (Erythrodermie congenitale ichthyosiforme Brocq). 5jähr. Mädchen, die Schwester des 8jähr. Knaben, der im vorigen Jahre von Westphalen ausführlich demonstriert wurde. Es wird noch einmal auf die Abgrenzung dieses Krankheitsbildes gegen die Ichthyosis hystrix hingewiesen.

Hyperkeratosen, wie eine Ichthyosis hystrix aussehend, am Unterschenkel einer 60jähr. Pat., auf nichtentzündlicher Haut sitzend, entstanden durch chronische Stauung (Elefantiasis).

14. Buchbinder (Klinik Ritter): **Glossitis exfoliativa.** Demonstration von drei Patientinnen.

Erythema induratum Bazin.

Diskussion: Delbanco empfiehlt konsequente Behandlung mit Natrium salicylicum intern in kleineren oder mittleren Dosen. Die Einzeleffloreszenz entspricht dem Erythema exsudativum multiforme der äußeren Haut; nur die Flüchtigkeit und das Wandern unterscheidet es von ihm. Die Vorboten der perniziösen Anämie an der Mundschleimhaut nehmen sich anders aus.

15. Karrenberg (Klinik Ritter) demonstriert verschiedene Fälle von Kankroiden des Gesichts, die mit Isaminblau behandelt sind. K. glaubt deutliche Besserung beobachtet zu haben. Über die Beobachtungen soll ausführlich berichtet werden.

Diskussion. Delbanco: Die ausgestellten Präparate beweisen für die so behandelten Fälle den Basalzellenkrebs. Ist die Behandlung auch beim Stachelzellenkrebs versucht worden?

Wichmann: Der vorgestellte Fall von Carcin. radic. nasi. ist mir seit Jahren bekannt. Es handelt sich um ein progressives, auf Mesothor und Radium refraktäres Karzinom, über dessen vorzügliche Beeinflussung ich überrascht bin.

Jenssen hält Skeptizismus auch bei diesem Krebsmittel für angebracht. Hat anfängliche Erfolge bei Mammakarzinom in einem seit 4 Jahren behandelten Falle, der Operation ablehnte, mit Amtimeristom Schmidt-München gehabt. Gewichtszunahme von 75 kg auf 92 kg. Einschmelzen der metastatischen Drüsen und Blockierung des narbig schrumpfenden Tumors. Später dann sich ausbreitende Hautkarzinose und Bildung eines Tumors in der anderen Brust.

Philippson erinnert an die Ansicht von Ringel, der vor der Röntgenbehandlung von Hautkrebsen warnt, wenn solche in der Nähe von Knorpel sich befinden, da nachher oft Knorpelzerstörung eintritt. Ph. empfiehlt dagegen die Anwendung von Kohlensäureschnee, der immer wieder bei Neuauftreten angewandt werden kann, nur muß die Applikation länger, evtl. bis 3 Min. dauern.

Ritter vertritt die Berechtigung, bei inoperablen Karzinomen derartige Versuche anzustellen, und warnt vor übertriebenen Erwartungen.

16. Ebel: **Lupus und Lues III.** Fall zur Diagnose. WR +.

Diskussion: Halle hält den Fall für eine Lues, und er möchte eine energische Zittmann-Kur empfehlen, die in der Luestherapie viel zu wenig von den jüngeren Ärzten angewandt wird.

Digitized by Google

Klingmüller: Man soll sich durch einen positiven Wassermann nicht in der Diagnose beirren lassen.

P. Unna jr. hält den Fall nach dem histologischen Bilde für Lupus und macht auf Lupusfälle aufmerksam, die sowohl auf jede energische Behandlung als auf Exzision und Bestrahlungen aller Art sich rapid verschlimmern (sensibilisiert werden), dagegen auf Bleiwasserumschläge in kurzer Zeit zugehen.

17. Höft (Klinik Ritter): Casus pro diagnosi, bereits vor 4 Wochen auf der Hamburger Dermatologen-Sitzung demonstriert. Dauerndes Neuauftreten von Pyodermien und Furunkeln. WR des Blutes negativ, Liquor negativ, Luetinimpfung negativ. Auf Salvarsan 0,3 g in 20 ccm 13%iger Traubenzuckerlösung (zweimal wöchentlich) weitgehende Besserung im Allgemeinbefinden und Abheilung der Effloreszenzen.

Diskussion. Klingmüller: Der Fall ist sicher keine Lues, da die Diagnose nicht gesichert ist.

18. Höft (Klinik Ritter): **Casus pro diagnosi.** Etwa 50 Jahre alter Pat., der vor etwa 4 Wochen ohne äußere Verletzung eine Rötung und Schwellung des rechten Unterschenkels bekam. Bei der Aufnahme folgender Befund: Der ganze rechte Unterschenkel und rechte Fußrücken ist bretthart infiltriert und braun verfärbt. Die Verfärbung setzt sich oberhalb des Knies noch etwa 15 cm auf den Oberschenkel fort, um sich dann allmählich in einen normalen Hautton zu verlieren. Oberes und mittleres Drittel des Unterschenkels sind außerdem mit Schuppen bedeckt. Histologisch: Rundzellen infiltriert in der subpapillaren Schicht, aber auch in der Kutis und Subkutis. Die Gefäße, besonders aber die Lymphspalten, sind erheblich erweitert.

Diskussion. Philippson: Gegen die Sklerodermiediagnose sprechen die wiederholten Attacken, die abwechselnd an beiden Beinen aufgetreten sind. Man muß an tiefe Phlegmone denken, die in letzter Zeit schon zurückgetreten.

Wichmann: Es handelt sich um eine infektiöse Thrombophlebitis mit sekundärer Hautentzündung.

Casus pro diagnosi: 18 Jahre alter Pat., der seit 1918 Furunkel an der Innenseite beider Oberschenkel hat. Nach Abheilung traten stets neue auf. Die Genitokruralfalte ist beiderseits mit zerklüfteten Ulzerationen ausgefüllt, die zu weiten Unterminierungen und Fistelbildungen geführt haben. Auch die rechte Skrotalhälfte ist ergriffen; nach hinten setzen sich die Pyodermien auf die Glutäen in der Umgebung der Rima ani fort. Auf Druck entleert sich aus vielen Gängen übelriechender Eiter. Züchtungsversuche und Tierversuche zum Nachweis einer Tuberkulose oder Sporotrichose blieben erfolglos. WR negativ. Innere Organe und Knochensystem ohne Befund. Ponndorf mittelstark positiv. Die Probeexzision ergab Wucherungen des Epithels neben Infiltration der Subkutis und Kutis mit Rundzellen und Plasmazellen, so daß Verdacht auf Karzinom ausgesprochen wird.

Diskussion: Antoni hält den Fall für Pemphigus vegetans; zunächst nach der Art der klinischen Erscheinungen, wo im Grunde des Ulkus zapfenförmige, punktförmige Eiterpfröpfe ins Lumen ragen, dann vor allem am Geruch, der meines Erachtens so charakteristisch ist. Für Pemphigus vegetans spricht auch die typische Lokalisation.

Delbanco lehnt Antonis Diagnose ab. Einen über 9 Jahre bestehenden Pemphigus vegetans gibt es nicht. D. diagnostiziert mit Vorbehalt Sporotrichose, nur darf man sich aus den negativen Kulturversuchen von der Diagnose nicht abbringen lassen. So einfach ist es mit der Kultur nicht. In zwei klinisch sicheren Fällen wuchsen nur Staphylokokken. D. hat darum diese Fälle, die die ersten in Hamburg gewesen wären, nicht verwertet. Der eine zog sich über viele Monate hin mit tiefgreifenden Abszessen im Bereich der Genitale und des Beckens, hatte viele chirurgische Eingriffe veranlaßt, an die sich gelegentlich tiefe Fisteln anschlossen. Als D. die Diagnose gestellt hatte, trotz negativen Kulturergebnisses, beendeten einige Löffel Jodkali das langwierige Krankenlager.

Grütz spricht sich für Sporotrichose aus und schließt sich quoad Kulturergebnisse Delbanco an.

Ritter: Es sind sämtliche klinische Untersuchungen zur Klärung des Falles vorgenommen. Jedenfalls muß die Diagnose Karzinom sowohl wie Pemphigus durchaus abgelehnt werden.

Wichmann: Nach dem histologischen Bilde liegt bestimmt kein Karzinom vor. Aus den metaplastischen und anaplastischen Wucherungen auf Karzinom zu schließen, erscheint nicht angängig. Ein infiltrierendes Wachstum fehlt.

Habermann hält im Gegensatz zu Grütz den kulturellen Nachweis der Sporotrichonpilze auch bei typischem Wachstum nicht für beweisend, sondern verlangt Nach-

Digitized by Google

weis der Tierpathogenität, da ähnlich wachsende Saprophyten in ulzerierten Wunden vorkommen.

Klingmüller: Die Diagnose muß weiter geklärt werden.

Gennerich rät, auch auf Streptobazillen zu untersuchen. Auch beim venerischen Granulom kommen derartig ausgedehnte Ulzerationen mit starker Wucherungstendenz zur Beobachtung. Gegen venerisches Granulom spricht allerdings die unzulängliche Kohärenz.

Rohrbach: Bei lange bestehenden ulzerösen Prozessen muß man immer auf karzinomatöse histologische Bilder gefaßt sein.

Gummöse Lues des behaarten Kopfes.

Zwei Fälle von sekundärer exfoliierender Erythrodermie.

19. Karrenberg (Klinik Ritter): **Pemphigus vulgaris.** Bei 81jähr. Frau primär an der Bindehaut beider Augen aufgetreten.

Naevus hemilateralis.

Epidermophytia inguin. et corpor. Sehr ausgedehnter Fall. Pilznachweis +.

Röntgenatrophische Haut in der Achselhöhle einer wegen Mammakarzinom bestrahlten Pat., auf der atrophischen Haut ein Naevus, der karzinomatös entartet ist. Histologisches Präparat wird in extenso publiziert.

Sehr ausgesprochene Atrophia psoriatica.

Fall von eigentümlicher Erkrankung des Penis. Auf Peniskarzinom verdächtiger Tumor. Histologisches Bild erinnert an Konjetznyschen Tumor. Wird in extenso publiziert.

Diskussion: Delbanco erinnert an seinen mit Grisson in der Derm. W. 1914 veröffentlichten Fall, der ein Seitenstück zu den Konjetznyschen gewesen ist. Trotz der Verdächtigkeit des Tumors, der das ganze Genitale einnahm, bestand über lange Zeit kein anatomisch ausgesprochenes malignes Bild. Im Sinne der Präkanzerosen hat der Fall eine große Bedeutung gewonnen.

20. Blotevogel (Anatom. Inst.): **Über Sexualhormone.** (Erscheint in der Derm. W.)

Westphalen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 4

Fungus Diseases of the Skin: Clinical Aspects and Treatment (Pilzkrankheiten der Haut: Klinischer Befund und Behandlung), von Ch. J. White-Boston. S. 387. Verf. berichtet über Epidermophytosis, Dermatitis saccharomycetica und Soor der Haut. Von 1910—1925 hatte Verf. 1013 Fälle von Epidermophytosis; die Zahl der Fälle steigerte sich in jedem Jahr. Infiziert wurden Personen jeden Alters, besonders vom 20. bis 40. Lebensjahr. Die Verbreitung in Amerika ist allgemein. Die Dauer der Erkrankung erstreckte sich von 6 Tagen bis zu 30 Jahren. Als Infektionsquelle stellten sich heraus: wollene Socken und wollene Handschuhe, ferner Leder (Handschuhe, Bälle usw.) und seidene Unterwäsche, die lange vor dem Waschen in heißem Raum lag. Durch die Wäsche werden die Pilze nicht zerstört. Die Infektion geht nie von Mensch zu Mensch; stets ist ein Objekt der Vermittler. Die Epidermophytosis kann in 10 verschiedenen Formen auftreten (Bläschen, Flecke, Fissuren, Purpura usw.) und fast jeden Teil des Körpers befallen. Nur dreimal wurde auch eine Infektion der Kopfhaut beobachtet, wobei nie Haarausfall eintritt. Die Toxine können resorbiert werden und Exantheme hervorrufen. Therapeutisch benutzt Verf. neuerdings eine 2%ige wäßrige Lösung von Merkurochrom 220, die nach seiner Erfahrung jeder anderen Therapie überlegen ist. Die Anwendung erfolgt 1—2mal täglich ohne Verband; beim Auftreten von Fissuren

Digitized by Google

aussetzen; dann immer seltenere Anwendung bis 1 Monat nach Verschwinden der Hauterscheinungen. Das Medikament färbt nicht die Wäsche. Differentialdiagnostisch ist zu erwähnen: Die Epidermophytosis hat nie Ringform, befällt nur ganz ausnahmsweise die Kopfhaut, greift nie das Haar an, verursacht nie Kerion und nie eitrige Infektion. Die Bezeichnung „Epidermophytosis" sollte beibehalten werden, obgleich ja die ursprüngliche Bezeichnung durch Sabouraud „Epidermophytosis inguinalis" allein nicht mehr ausreichend ist. Eine Dermatitis saccharomycetica (typische Fingerinfektion durch Oïdium albicans) konnte Verf. nur bei russischen Jüdinnen beobachten, die infolge orthodoxer Glaubensregeln die Hygiene im Hauswesen außer acht ließen. Bei modernen Frauen, die unter dem Oberkleid in den Achselhöhlen, am Nacken und an den Armen nichts Waschbares tragen, sind diese Stoffstellen mit ihrer Schweißdurchtränkung geeignete Brutherde für Hefepilze. Auffallend ist die blasse Farbe der Hefepilzherde und das Auftreten von adhärenten feinen Schüppchen, ferner die unscharfe Begrenzung der Herde, ihre symmetrische Ausbreitung und das durch sie verursachte starke Jucken. In dem ausführlichen Überblick von Pilzkrankheiten in den letzten 2 Jahren berichten A. Greenwood und J. Swartz über Pilzkrankheiten, die das Bild einer tuberkulösen Meningitis und das eines Karzinoms hervorbrachten. Die noch immer geringe therapeutische Möglichkeit in vielen Fällen wird betont.

Laboratory Aspects of Epidermophytosis (Erfahrungen über Epidermophytosis im Laboratorium), von F. D. Weidman-Philadelphia. S. 415. Verf. schlägt für Epidermophytosis die Bezeichnung „infektiöse Intertrigo" vor, da außer verschiedenen Pilzen auch verschiedene Bakterien (Streptokokken, Diphtheriebazillen) als Erreger in Frage kommen. Zur Epidermophytosis sollten nur Fälle gezählt werden, die durch Epidermophyton hervorgerufen sind. Solange dieser Nachweis nicht exakt geführt worden ist, sollte man nur von einer Pilzerkrankung sprechen. Prädisponierend für Pilzerkrankungen sind Schweißfüße. Warum gerade der 4. Zehenzwischenraum stets befallen wird, ist bisher nicht erklärt worden. Bakterien kommen bei Pilzerkrankungen vor, und Pilze kommen auch auf normaler Haut vor. Zur Erkrankung gehört die besondere Disposition der Haut. Zum Nachweis des Erregers ist bindend der positive Impfversuch. In Fällen mit negativem Pilzbefund nimmt Verf. an, daß die Pilze häufig bis auf minimale nicht entdeckte Stellen ausgestorben sind, und daher nur Bakterien nachweisbar sind. Andererseits gibt es auch Fälle, wo nur Bakterien als Erreger vorkommen und noch andere Fälle, die nur einen Ausdruck von Hautreizung darstellen. Nach Versuchen des Verf. gibt es keine lokale Immunität der Haut gegen Pilzerkrankung. Einer ausführlichen geographischen Übersicht zufolge ist Trichophyton interdigitale am häufigsten in nördlichen Ländern, Trichophyton rubrum in südlichen Ländern (besonders Japan). Zusammenfassend ist zu bemerken, daß als Erreger der Epidermophytosis alle 3 Klassen der Mikroorganismen: Bakterien, Blastomyzeten und Hyphomyzeten vertreten sind. Die klinischen Erscheinungen sind nur selten charakteristisch für eine Art. Gewöhnlich können mehrere Arten dieselben Erscheinungen hervorrufen. Alle 3 Arten findet man auf normaler Haut, und alle außer den Bakterien können experimentell Pilzerkrankung erzeugen. Alle Arten kommen in allen Ländern vor. Verf. bringt Beschreibung der Färbungsmethoden und Kulturen. Trichophyton interdigitale hält sich 8 Monate lang in einem Röhrchen lebensfähig. Therapeutisch aussichtsreich scheint die biologische Methode zu werden, die Bakterien auf die Pilzstellen impft, um das Wachstum der letzteren in ungünstiger Weise zu beeinflussen. Ebenso dürfte die Abtötung der Pilze durch Hitze praktisch in Frage kommen.

The Enlarging Conception of Dermatophytosis (Die zunehmende Beachtung der Dermatophytosis), von Ch. M. Williams-New York. S. 451. Allgemeine Pilzexantheme treten bei primär lokaler Erkrankung nur auf, wenn der Primärherd kein oberflächlicher ist (Kerion Celsi) oder wenn Röntgenbestrahlung des Primärherdes stattgefunden hat. Fieber, Leukozytose, Drüsen- und Milzschwellung, Kopfschmerzen, Erbrechen, Gelenkschmerzen, Bronchitis sind Begleitsymptome der Exantheme; die Schwere der Erscheinungen hängt von der Beschaffenheit des Primärherdes ab; bei dem nach Röntgenbestrahlung einer oberflächlichen Kopftrichophytie auftretenden, nur wenige Tage dauernden Exanthem fehlen gewöhnlich die Symptome einer Infektionskrankheit. Aber auch in diesen leichten Fällen sind Pilze im Blut nachgewiesen worden. Das Exanthem ist meist lichenoid, im Frühstadium scharlachähnlich; in wenigen Tagen entwickelt sich ein dem Lichen scrofulosorum gleichendes Bild. Es sind auch Bilder ähnlich dem Eryth. multiforme, dem E. nodosum und der Pityriasis rosea beschrieben worden. Nach Trichophytininjektion treten ebenfalls Exantheme auf. Die durch die

Digitized by Google

Pilze oder deren Toxine verursachten Exantheme treten nur bei abnorm reagierender Haut auf. Die Verbreitung der Pilze findet auf dem Blutwege statt.

Present Status of Nonspecific Treatment in Dermatology (Der gegenwärtige Stand der unspezifischen Behandlung von Hautkrankheiten), von P. A. O'Leary-Rochester. S. 470. Gute Resultate erzielte Verf. bei Milzbrand mit Pferdeserum, bei Erysipel und Erysipeloid mit polyvalenter Vakzine. Weniger günstige Resultate hatte Verf. mit Typhusvakzine bei Staphylokokkenerkrankungen, der Erfolg war nur vorübergehend. Dagegen reagierten 2 Fälle von Erythema nodosum mit Gelenkschmerzen prompt auf diese Vakzinetherapie; erst nach 14 Wochen trat ein Rezidiv auf, das nicht mehr auf Vakzinetherapie reagierte. Dermatitis herpetiformis hörte zeitweise durch Mercurochrome sol. 220 auf. Noch geringeren Erfolg zeigte die Terpentintherapie bei Furunkulose und die Vakzinetherapie bei Aktinomykose. Bei Psoriasis ist der Erfolg mit unspezifischer Therapie derselbe wie mit jeder anderen Therapie. Zwei Fälle von Pemphigus heilten schnell nach Milchinjektion, bekamen kurz darauf Rückfälle und starben bald. Ein Pat. mit beginnender Mycosis fungoides verlor den quälenden Juckreiz nach Impfung mit Malaria. Keinen Erfolg der unspezifischen Therapie sah Verf. bei allen Ekzemarten. Sehr gut reagierte maligne Lues auf unspezifische Therapie.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Przeglad dermatologiczny (Polnische dermatologische Revue)

1925, Jahrg. 20, Nr. 3—4

Beitrag zu den pathologischen Veränderungen der Haut unter der Einwirkung des Formalins, von W. Kopytowski-Warschau†. Histologische Untersuchungen an Hautstücken von 11 Männern, denen das Formalin teils als 1%ige Umschläge, teils in 10—20%iger Salbe auf die Skrotalhaut appliziert wurde. Nach 5—7 Tagen Exzision. Die Hornschicht verschieden dick, lose mit der Unterlage verbunden, besteht aus wellenförmigen zerfaserten Bändern. Teilweise Parakeratose. Stratum lucidum fehlt, das Statum granulosum verbreitert. In der Stachelschicht spärliche Vakuolen. Starke Zellteilung in der Basalschicht. Zwischen den Zellen hier und da schmale spindelförmige Zellen mit großem keulenförmigem Kern. Verf. sieht sie als Endothelzellen an. Pigmentzellen zum Teil in großer Anzahl vorhanden und reichen in 2 Fällen bis zur Körnerschicht. Blutgefäße, hauptsächlich in der Subpapillarschicht, erweitert, mit gequollenen Endothelien. Geringgradiges Leukozyteninfiltrat in der Papillarschicht und Kutis sowohl diffus als um die Gefäße. Es zeigte sich, daß die schwachen 1%igen Lösungen ebensolche Wirkung hatten als 10—20%ige Salben. Makroskopisch war die Haut gerötet, mit Schuppen bedeckt, ödematös und juckend. Es wirkt also das Formalin hyper- und parakeratotisch, schwach leukotaktisch, dagegen stark chromotaktisch auf Pigment. Schweißdrüsen schienen unbeeinflußt.

Trichophyton tonsurans im hängenden Tropfen, von A. Wilenczyk-Warschau. Verf. untersuchte Trichophytonpilze im hängenden Tropfen aus flüssigem Sabouraud-Nährboden und stellte folgende 3 Fortpflanzungsarten fest: 1. Entstehung runder oder ovaler gelblicher Gebilde an den Kreuzungsstellen der Fäden. 2. Endosporen und Ansammlung dieser zu ähnlichen Gebilden wie unter 1. 3. Anschwellung der einzelnen Sporen bzw. Myzelzellen zu runden und ovalen Gebilden mit eingeschlossenem Kern (Chlamydosporen). Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß diese Gebilde Anfänge von Askusbildung darstellen und unter günstigen Bedingungen zu Askussäckchen heranreifen. Sie sind nur in fast trockenen Präparaten anzutreffen, während umgekehrt der Pilz in den ersten 10—15 Tagen viel Feuchtigkeit zum Wachstum braucht.

Über den Einfluß der Bismutsalze auf das Blutbild im Verlauf der Lues, von E. Brunner und Z. Krakowska-Warschau. Das Blut wurde 2—3 Tage nach der Einspritzung, 2—3 Stunden nach dem Frühstück entnommen. Verwendet wurde Luatol (Spiess), Jodo-Chinin-Wismuth (Gessner) und Bismuthum chaulmoograe (Gessner). In der Wirkung waren alle 3 Präparate fast gleich, nur war bei Luatol das Sinken der Blutkörperchenzahl bedeutend schneller, wobei auch Anisozytose beobachtet wurde. Die bereits vor der Behandlung bestehenden niedrigen Hämoglobin- und Blutkörperchenzahlenwerte sanken im Anfang der Behandlung noch mehr, um gegen Ende wieder zu steigen. Die tiefste Blutkörperchenzahl betrug bei Frauen 3200000, bei Männern 3800000. Die Leukozytenzahl wuchs (hauptsächlich durch Zunahme der kleinen

Digitized by Google

Lymphozyten) langsam aber beständig, um gegen Ende zur Norm zurückzukehren. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (Biernacki-Symptom) wurde durch die Bismutkur nicht beeinflußt.

Beitrag zur Frage der Resorption des subkutan eingespritzten Bismuthum subnitricum, von E. Sonenberg-Lódz. S. injizierte 1 ccm 10%ige Bismuthum-subnitricum-Emulsion in Mandelöl subkutan in den Vorderarm bei 32 Pat. und beobachtete durch fortgesetzte Röntgenaufnahmen (im ganzen 188) das Schwinden des Bismutschattens. Es zeigte sich, daß das Präparat sehr langsam, aber ständig resorbiert wurde. Die Zeitdauer schwankte zwischen 25—98 Tagen (ja bei einem Pat. wurden noch nach 118 Tagen Spuren festgestellt), durchschnittlich 55 Tage. Wenn man bedenkt, daß bei einer Zahl von 12—15 Einspritzungen binnen 6 Wochen die resorbierte Bismutmenge ständig steigt, so ergibt sich das Maximum der Aufsaugung erst nach Ablauf der Kur. Dies erklärt auch den verzögerten Einfluß des Bismuts auf die Seroreaktion. Auch das Ausbleiben der deletären Wirkung, die zu erwarten war in den Fällen versehentlicher Einspritzung großer Bismutdosen (Fall von Prater, Bruck usw.) wird verständlich durch die sehr langsame Resorption des Salzes.

Über kleinpapulöse tuberkulös-luetische Exantheme, von R. Bernhardt-Warschau. 3 Fälle: 1. kleinpapulöses Exanthem bei einem 18jähr. Mädchen an Rumpf und Oberschenkeln, hauptsächlich um die Haarfollikel. Pirquet und Mantoux +. Auf 1 mg Alttuberkulin starke Allgemein- und Lokalreaktion sowie Auftreten neuer Knötchen an nicht befallenen Stellen. Histologisch (vor der Tuberkulinreaktion): peri- und parafollikuläre Ansammlungen von Lymphozyten, Epitheloiden und spärlichen Plasmazellen und Leukozyten. Diagnose: Lichen scrophulosorum. Als die eingeleitete Allgemein- und Tuberkulinbehandlung keinen Erfolg brachte, wurde das Blut auf Wassermann untersucht, welcher 4fach + war. Unter der jetzt eingeleiteten Salvarsan-Bismut-Behandlung schwand das Exanthem prompt in 3 Wochen. 2. Fall (21jähr. anämischer Mann): neben verhärteten Narben zu beiden Seiten des Frenulums ein kleinpapulöses, zum Teil pustulöses Exanthem, Schleimhautplaques im Rachen, Iridokeratitis dextra. Über der linken Klavikula taubeneigroßes Skrophuloderma. Linke Lungenspitze infiltriert. WR ++++. Pirquet ++, Mantoux ++. Nach letzterem Herdreaktion, jedoch nicht an allen Efflorescenzen. Ebenso nach Alttuberkulin Herdreaktion an 75% der Knötchen sowie Auftreten neuer. Injektion von 500 Millionen Staphylokokkenvakzine ohne Reaktion. Kombinierte Salvarsan-Bismutbehandlung beseitigte prompt alle Erscheinungen. 3. Fall: Gut genährte 23jähr. Pat., seit Monaten luetisch infiziert. Früher Hämoptoe, jetzt Nachtschweiße. Weit ausgebreitetes makulopapulöses Exanthem, zum Teil korymbiform. Am linken Unterschenkel zweimarkstückgroßes, seichtes Geschwür mit flachen infiltrierten Rändern. Breite Kondylome der Vulva, Plaques der Mundhöhle. WR ++++, Pirquet ++, Mantoux ++. Alttuberkulin ruft heftige Allgemein- und starke Herdreaktion an allen Effloreszenzen hervor, sowie Auftreten neuer Ausschläge. Ein mit einem exzidierten Stück geimpftes Meerschweinchen wird tuberkulös. Nach der ersten Luatolinjektion starker Herxheimer an den makulösen Stellen, schwächer an den papulösen. Nach 15 Luatoleinspritzungen schwindet der Ausschlag unter Zurücklassung von pigmentierten Stellen. An diesen Stellen rief eine erneute Alttuberkulineinspritzung eine Herdreaktion mit Auftreten neuer perifollikulärer Gruppen hervor. Diese Befunde sprechen für eine Symbiose beider Erreger und weiter für eine Mischform der klinischen Erscheinungen. Bernhardt nimmt an, daß die tuberkulösen Herde in der Haut bereits vor der luetischen Infektion teilweise latent bestanden und die Spirochäten sich sekundär an den ergriffenen Stellen als Locus minoris resistentiae festgesetzt haben. Man muß also bei der Beurteilung mancher als Tuberkulide imponierenden Ausschläge daran denken, ob nicht eine Mischinfektion vorliegt, wobei als drittes ätiologisches Moment das Hinzutreten von Staphylokokken in Erwägung zu ziehen wäre.

Über die Anwendung endokriner Extrakte bei kongenitaler Lues, von J. Wisniewski-Warschau. In der Voraussetzung, daß bei der kongenitalen Lues die Störungen von seiten der endokrinen Drüsen eine große Rolle spielen, wandte W. in mehreren Fällen von Dermatosen bei kongenitalluetischen Kindern Hypophysenextrakt bzw. Panglandin an, was besonders in 2 Fällen von hartnäckigem Ekzem einen prompten Erfolg hatte.

Über die Disposition zu gewissen Hautkrankheiten bei Individuen verschiedener serologischer Gruppen, von A. Stranszynski-Warschau, Derm. Univ.-Kl. Warschau. Basierend auf der von Landsteiner eingeführten Unterscheidung der Blut-

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES

körperchen in die Gruppen: A, B, O und AB, sowie auf den weiteren Arbeiten auf diesem Gebiete von H. und L. Hirszfeld, Dungern, Brokman, Zborowski, Halberowna, Amselowna usw. unternahm Verf. an 210 Fällen von Dermatosen die Sonderung nach serologischen Gruppen. Von 39 Fällen von Prurigo Hebrae gehörten 19 zur Gruppe O, 15 zu Gruppe B und nur 4 zur Gruppe A. (Letztere Gruppe ist in Polen die häufigsten.) Daraus ergibt sich, daß die Gruppe A am wenigsten zu Prurigo disponiert ist. Dagegen fiel bei Psoriasis und Tuberkulose der Haut ein bedeutendes Überwiegen der Gruppe A auf.

Über die Chlorkalziumbehandlung der Hautkrankheiten, von S. Kwiatkowski, Derm. Univ.-Kl. Lemberg. Es wurde 10%ige Chlorkalziumlösung in Dosen von 0,05 bis 0,50 intravenös jeden Tag, bei chronischen Leiden jeden 2. Tag angewandt. Die innere Darreichung von: Calc. chlorat. 10, Calc. lact. 20,0 ad Aq. dest. 300,0 3—4 Eßlöffel täglich, wirkte viel langsamer. Kleinere Dosen wirkten besser als stärkere. Als Nebenwirkungen wurde beobachtet neben dem Hitzegefühl während der Einspritzung, besonders bei langer Anwendung allgemeine Schwäche, Apathie, Appetitlosigkeit, starkes, langdauerndes Schwitzen, Störungen von seiten des Intestinaltraktus, sowie, was besonders auffiel, intensiver Juckreiz bei Ekzematikern. In 2 Fällen schwerer Kollaps (möglicherweise unreines Präparat). Die Wirkung war besonders in akuten Fällen von Ekzema madidans fast durchweg ausgezeichnet. Nach 2—3 Einspritzungen war das Nässen verschwunden, Juckreiz und Ödem wichen. Bedeutend langsamer (erst nach 15 bis 20 Injektionen) wurden chronische Fälle beeinflußt, immerhin trat wesentliche Besserung ein, und die darauf folgende Behandlung mit Ung. Wilkinson und Diachylon hatte schnellen Erfolg. Auffallend war in diesen chronischen Fällen, daß der Juckreiz, der anfangs schnell zurückging, nach einer größeren Zahl von Einspritzungen wieder von neuem auftrat und erst bei Aussetzen der Behandlung sistierte. Besonders günstig war der Erfolg bei 3 Fällen von Dermatitis toxica (infolge von Medikamenten). Auch 2 Fälle von Dermatitis Duhring wurden gebessert. Sehr interessant war 1 Fall von Pemphigus foliaceus, welcher nach 5 Einspritzungen sich schnell mit frischer Epidermis bedeckte. Als die Behandlung infolge von Myokarditis unterbrochen wurde, wandelte er sich in Pemphigus vegetans um. In einem Fall von nässendem Ekzem bei einem an Lichen planus leidendem Pat. wichen nach 28 Einspritzungen nicht nur die ekzematösen Erscheinungen, sondern auch die meisten Lichenknötchen waren geschwunden. Es eignen sich also für die Kalkbehandlung vor allem nässende Ekzeme, Dermatitis herpetiformis und Dermatitis toxica. Dagegen bildet das chronische Ekzem wegen der erforderlichen langen Dauer der Behandlung und der damit verbundenen Gefahr der üblen Nebenwirkungen keine Indikation. Kontraindikationen sind: Lungentuberkulose, hochgradige Anämie, Fettleibigkeit, nicht intaktes Gefäßsystem. Gewisse Vorsicht während der Einspritzung ist wegen Möglichkeit von Schwächeanfällen geboten. A. v. Karwowski-Posen.

Bücherbesprechungen

L'Herpès et le zona. „Ectodermoses neurotropes", von C. Levaditi (VIII u. 388 S., 87 Textabb., 1 T., Preis 42 Frs. Verlag Masson & Cie.-Paris 1927). Die wertvollen Arbeiten Levaditis und seiner Schüler über den Herpes und verwandte Probleme sind zumeist in Form zahlreicher kleiner Mitteilungen in den Compt. rend. de la soc. de biol. sowie in den Annales de l'Institut Pasteur erschienen. Es wird daher von vielen freudig begrüßt werden, daß Levaditi sich nunmehr zu einer zusammenfassenden monographischen Darstellung des Gesamtgebietes entschlossen hat, die neben den aus seinem Institut hervorgegangenen Untersuchungen auch diejenigen der anderen Forscher aller Länder in ausgiebigster Weise berücksichtigt. Der Hauptnachdruck liegt auf der Besprechung der ätiologischen Fragen und der experimentellen Forschung. Man bekommt einen Einblick in die Fülle der seit den ersten einschlägigen Untersuchungen Grüters gewonnenen Forschungsergebnisse, die zu einer verhältnismäßig weitgehenden Klärung dieses engumgrenzten aber interessanten Gebietes geführt haben. Die beiden Krankheiten werden von Levaditi bekanntlich zu den „neurotropen Ektodermosen" gerechnet, womit die fast elektive „Affinität" des Virus zu den Abkömmlingen des äußeren Keimblatts mit wechselnd starker Beteiligung des im Medullarrohr abgeschnürten Teils desselben zum Ausdruck gebracht werden soll. Auch den Begriff der Affinität, den er anfangs ähnlich der chemischen Affinität aufgefaßt hatte, sucht Verf. jetzt näher zu kennzeichnen. Sie wird bedingt: 1. durch die

Digitized by Google

natürlichen Abwehrmittel der in Frage kommenden Zellen mit und ohne Mitwirkung humoraler Faktoren; 2. durch die intrazellulären Milieubedingungen. Einen großen Raum nehmen die Erörterungen über den experimentellen Herpes — besonders des Kaninchens — ein. Die Eigenschaften des anzunehmenden Virus, die Empfänglichkeit der verschiedenen Tierarten, die Histopathologie der Veränderungen an der Hornhaut, der Haut, dem Nervensystem, die Eingangspforten, die Ausbreitungs- und Ausscheidungswege und endlich die Immunitätsverhältnisse — letztere in ständigem Vergleich mit denen der Neurovakzine — erfahren eine eingehende kritische Darstellung. Die Wanderung des Herpesvirus erfolgt ganz überwiegend auf dem Nervenwege, einem Tatbestand, für den Levaditi den Ausdruck „Neuroprobatie" geprägt hat. Der eindrucksvollste Beweis für diesen Verbreitungsmodus ist die Beobachtung, daß der Muskel nur solange als Eintrittspforte für die Infektion dienen kann, als er in Verbindung mit dem Nerven bleibt. Viel weniger wird naturgemäß über den Zoster in allen diesen Beziehungen gesagt. Eine experimentelle Übertragbarkeit des Zoster erscheint Levaditi nicht bewiesen; die angeblichen positiven Versuche lassen Sekundärinfektion u. ä. nicht ausschließen. Die Anwesenheit der Lipschützschen Körperchen beweist keineswegs etwas für ätiologische Verwandtschaft mit dem Herpes. Die mangelnde Übertragbarkeit des Zoster und die abweichenden Immunitätsverhältnisse beweisen, daß Zoster und Herpes ätiologisch ganz verschiedene Erkrankungen sind. Bei Besprechung der Pathogenese betont Levaditi, daß Herpes und Zoster endogene Erkrankungen seien, daß das Virus schon lange vor seiner Manifestation und zwischen den einzelnen Anfällen im Organismus vorhanden sei und sich im Nervensystem und in den Schleimhäuten des Nasenrachens in latentem Zustand befinde, wobei allerdings das Fehlen eines unmittelbaren Beweises zugegeben wird. Der Ausbruch der manifesten Erkrankung ist geknüpft an eine spontane oder künstlich provozierte Herabsetzung des natürlichen Widerstandes der ektodermalen Gewebe, die aber fast nie das gesamte Ektoderm betrifft, sondern zumeist nur einzelne Segmente, die oft ihre „herpetaffine" Eigenschaft über längere Zeit behalten. Die lokale Empfänglichkeit wird u. a. vom Nervensystem selbst beherrscht. Levaditi spricht von einem immuno-trophischen Tonus, der metamerer Anordnung folgt. Levaditi glaubt, daß die Dauerimmunität, die der Zoster hinterläßt, darauf zurückgeführt werden könnte, daß es das zentral-nervöse Merotom befällt, der Herpes dagegen nur das primäre sensible Neurom. Das letzte Kapitel ist den Beziehungen des Herpes zur Encephalitis epidemica gewidmet. Nach Levaditi sind das Speichelvirus, das Herpesvirus und das Enzephalitisvirus nur Varianten desselben „enzephalitogenen Ultravirus" mit steigender Neurotropie. Das für gewöhnlich harmlose Virus erwirbt infolge einer Virulenzsteigerung und einer entzündlichen Veränderung der Rachenschleimhaut die Fähigkeit, ins Zentralnervensystem einzudringen. Dieses Kapitel muß als das am wenigsten befriedigende bezeichnet werden. Verf. geht zwar auf die zahlreichen gegen diese seine Anschauung zu erhebenden Einwände ein. Ref. aber hat sich wenigstens nicht überzeugen können, daß er sie alle widerlegt hätte. Die Frage des Erregers der epidemischen Enzephalitis und seiner Beziehungen zum Herpesvirus scheint ihm nach wie vor ungeklärt. Das Buch ist glänzend geschrieben, auch der deutsche Leser wird eine ästhetische Freude daran haben. Die Wiedergabe der Abbildungen steht nicht ganz auf der Höhe, wie wir sie gewöhnt sind. Allerdings ist auch der Preis beneidenswert niedrig.

F. Wohlwill-Hamburg.

Zeugung und Zeugungsregelung, von E. C. A. Meyenberg. (Verlag Büchergilde Gutenberg, Berlin 1927.) In mehr als einer Hinsicht überragt diese Darstellung die sonstigen gemeinverständlich abgefaßten Werke über das Zeugungsproblem und das Geschlechtsleben. Abgesehen von einem klaren, jede Breite und Weitschweifigkeit vermeidenden, ja zuweilen etwas straffen Stil wird hier die Gemeinverständlichkeit durch Vermeidung aller Fremdwörterei und Fachgelehrsamkeit gewahrt. Nach einleitendem ethnologisch-historischem Überblick werden alle Hauptorgane des Geschlechtsapparates, Geschlechtsmerkmale und Körperbau bzw. Charakter, die Folgen der Kastration und künstlichen Keimdrüsenüberpflanzung abgehandelt, alsdann die Vorgänge des Geschlechtslebens bei beiden Geschlechtern, das Wesen des Geschlechtstriebes und des Begattungsvorganges erörtert, unter Berücksichtigung der Fragen der Abstinenz, der Masturbation und des Ehelebens. Die Sexualität des Kindes und die Psychoanalyse wird ebenso wie die höhere Erotik (Liebe) nach dem heutigen Stand der Auffassungen gut verständlich dargestellt, wobei stets das ernsthafte Bemühen zutage tritt, diese oft heiklen Aufgaben ohne Verletzung des natürlichen Schamgefühls zu lösen. Nach Schilderung der Befruchtungsvorgänge, des Verlaufs und der Hygiene der Schwangerschaft geht Meyenberg auf das große Gebiet der Vererbungsgesetze sowie der Geschlechtsentstehung und -be-

Digitized by Google

stimmung ein, um schließlich den Geburtsvorgang zu besprechen. Die Aufgaben der Eugenik werden kurz gewürdigt. Den Abschluß bildet die Erörterung der Fragen der Zeugungsregelung; ohne auf theologische, juristische und soziologische Probleme einzugehen, legt Meyenberg der Darstellung hier die rein medizinisch-naturwissenschaftliche Betrachtungsweise zugrunde. Das Buch vermeidet jede Raterteilung und sucht die Einsicht zu vermitteln, daß Rat und Hilfe nur der erfahrene Arzt zu leisten vermag. — Ausstattung und guter Druck werden die Verbreitung des Buches nur fördern helfen.
F. Callomon-Dessau.

Practical Methods in the Diagnosis and Treatment of Veneral Diseases (Die Methoden der Diagnose und Behandlung der Geschlechtskrankheiten), von D. Lees. Livingstone-Edinburgh 1927. Ein ausgezeichnetes Buch! Gedacht und angelegt als Führer für Studenten und Allgemeinpraktiker, bietet es weit mehr: eine vollkommene Übersicht über die heutzutage gebräuchlichen Methoden der Erkennung und Behandlung der Syphilis, des Ulcus molle und der Blennorrhoe. Ordnung der Gedanken, Beherrschung der Materie und der in Frage kommenden Technik und eine vollendete Form der Darstellung machen die Lektüre zu einem wertvollen Vergnügen. Von Rezeptformeln bis zur Malariatherapie des Lues findet sich alles Wesentliche in dem Werk, das an sich und in seiner Ausstattung so vorteilhaft von anderen seiner Art absticht. Daß einige Bildreproduktionen verbessert werden könnten, tut dem Buche bei solchem Lobe gewiß keinen Abbruch.
E. Sklarz-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur.

Urogenitalapparat

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Über die Biologie des Säugetiernebenhodens, von T. von Lanz, Anat. Anst. München. (Kl. W., 1927, Nr. 19, S. 909.) Der Nebenhoden ist nicht nur ein Ableitungsrohr für die Samenfäden, sondern stellt ihren wesentlichsten Speicherort dar. Und zwar findet die Speicherung hauptsächlich im Nebenhodenschweif statt, im Mittel- und Ausgangsabschnitt desselben, während die übrigen Nebenhodenteile nur gewissermaßen zur Ergänzung des Hauptreservoirs als Nebenspeicherungsräume gelten. Ihre Tätigkeit ist vor allem eine sekretorische, neben der vielleicht auch Resorptionsvorgänge möglich sind. Eingehendes Studium der verschiedenen Zellformen des Epithels und Farbstoffprüfungen an demselben haben ergeben, daß eine jeweilig verschiedene Sekretform vorhanden ist, die von der jeweiligen Zelleistung abhängig ist. Die Sekretkügelchen treten dabei in allen Teilen der Zelle auf und wandern durch die Stereozilien, die Wimperbehaarung an der Oberfläche des Epithels, in das Lumen. Bei starkem Rückgang der Samenbildung, in der Nachbrunstzeit, ferner im Greisenalter unterstehen die Prosekretstoffe einer chemischen Umwandlung, indem sie zu Fetten werden. Die Bedeutung des Sekrets der Nebenhodenzellen beruht darin, daß es die gespeicherten Samenfäden zu erhöhter Bewegungsenergie und Widerstandsfähigkeit gegenüber den Umwelteinflüssen heranreift. Außerdem steuert es durch seine aktuelle Reaktion die Bewegung der Samenfäden. Es wird dem Organismus durch das Nebenhodenreservoir jederzeit eine genügende Menge unbewegter, mit höchster Bewegungsenergie geladener Samenfäden zur Verfügung gestellt.
E. Langer-Berlin.

Eine praktische Hodenstütze bei bettlägerigen Kranken mit Erkrankungen am Skrotum oder Hoden und Nebenhoden, von F. Dietel, Univ.-Hautkl. Erlangen. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 771.) Bei Epididymitiden, Hodenekzemen usw., bei denen das Skrotum hochgelagert werden soll und nicht mit den Schenkeln in Berührung kommen darf, eignet sich der von Verf. erfundene, von P. Walb-Nürnberg hergestellte Apparat: 4 mm dickes, versilbertes Drahtgestell mit leicht zurückgebogenen Enden, zum Aufliegen auf den Schenkeln. In der Mitte eine 12 cm breite rundliche Einbiegung, an deren Rand 12 Knöpfe angebracht sind. An diese wird der Stoff (Mull, Nessel, Batist usw.) mit Ösen angeknüpft. Die Länge des ganzen Apparates entspricht der Breite des männlichen Beckens (39.5 cm) und ist etwa 12 cm breit.
H. Colman-Berlin.

Ectopia testis perinealis, von C. Bayer-Prag. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 10, S. 581.) Verf. beobachtete bei einem 17jähr., geistig etwas zurückgebliebenen Jüngling einen offenbar angeborenen Dammhoden, der bis zur Pubertät keinerlei Beschwerden machte.

Digitized by Google

Der operativ heruntergeholte Hoden wies keinerlei Zeichen von Hypoplasie auf, wie wir sie beim Leistenhoden zu sehen gewohnt sind. F. Landauer-Berlin.

Structure d'un testicle de singe greffé à l'homme, après 29 mois de survie (Struktur eines auf den Menschen verpflanzten Affenhodens nach Überleben von 29 Monaten), von E. Retterer. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 916 bis 919.) Die in die Tunica vaginalis eines 66jähr. Mannes von S. Voronoff eingepflanzten Stücke eines Affenhodens hatten die gesunkenen geistigen Kräfte so gehoben, daß Pat. seinen Beruf als Advokat wieder aufnehmen konnte. Eine dann wieder eintretende Verschlechterung erforderte eine erneute Transplantation, bei welcher Gelegenheit die Reste der ersten entfernt wurden. Aus den mikroskopischen Bildern ergab sich die Tatsache, daß ein kleiner Teil der transplantierten Stücke abgestorben ist, während der überwiegende überlebte, jedoch so, daß allmählich das Epithel der Samenkanälchen sich in Bindegewebe umwandelte. Mit Fortschreiten dieses Umwandlungsprozesses nimmt die durch die von dem Epithel gebildeten Hormone auf den Organismus ausgeübte stimulierende Wirkung wieder ab, um schließlich, wenn nur noch das für die innere Sekretion bedeutungslose Bindegewebe vorhanden ist, ganz aufzuhören.

E. Levin-Berlin.

De l'action blastophtorique de l'arsenic (Über die Wirkung des Arsens auf das Epithel der Samenkanälchen), von A. Kostitch und Th. Verbitzki. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 13, S. 999—1001.) Männliche weiße Ratten erhielten mit der Nahrung Arsen in Form von Sol. Fowleri. Die Tiere vertrugen dies gut, nahmen an Gewicht zu, zeigten ein reicheres Fell. Äußerliche Veränderungen waren auch an den Geschlechtsorganen nicht zu sehen, doch zeigten sich mikroskopisch degenerative Veränderungen an den Samengängen, die besonders die Kerne der Samenzellen betrafen (vakuoläre Degenerierung, Karyorrhexis, Pyknose). Mitosen werden seltener und unregelmäßig; bei fortgeschrittenem Degenerierungsprozeß tritt aspermatischer Zustand ein. Schließlich leere, von dicken Membranen begrenzte Röhren. Entgegen der gewöhnlichen Auffassung, daß bei langsamer Entwicklung die Arsenvergiftung die Leber die größte Menge des Giftes aufspeichert und Degenerierungserscheinungen zeigt, war hier die Leber ohne derartige Veränderungen, während solche am Hoden schon sehr ausgesprochen waren. Es scheint also dieser empfindlicher als die Leber gegen Arsenvergiftung zu sein, wie er überhaupt gegen verschiedene toxische Agentien eine besondere Empfindlichkeit besitzt. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mit Einspritzungen von Tierblut und mit Röntgenbestrahlungen, von A. Hintze, Chir. Univ.-Kl. Berlin. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 200, S. 450.) An der Bierschen Klinik wurden Prostatiker, die sich ihres hohen Alters wegen nicht mehr zur Operation eigneten, mit gutem Erfolg mit Einspritzungen von Tierblut (auch Eigenblut) und Röntgenbestrahlungen behandelt. Die Prostata verkleinerte sich, so daß die Miktionsverhältnisse sich schnell besserten und vor allem auch die Schmerzen verschwanden. Bemerkenswert ist, daß der Erfolg von Dauer war, selbst wenn die Prostata allmählich wieder an Größe zugenommen hatte.

F. Landauer-Berlin.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Der osmotische Druck als bakterizider Faktor (Zur Frage der Pyelitis- und Zystitisbehandlung), von H. Schirokauer und J. Zeltner-Berlin. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 5, S. 200.) An Paramäzien unter dem Mikroskop vorgenommene Versuche (die durch Zusatz von 1 Tropfen 40%igem Zylotropin sowie 20%iger Harnstofflösung sofortiges Aufhören der Bewegung aller Infusorien unter schneller Schrumpfung der Zellmasse ergaben) zeigten, daß ein bisher in der Therapie der Infektionen noch nicht angewandter Faktor, nämlich der osmotische Druck, nutzbar gemacht werden kann. Klinisch ergab sich, daß eine hochkonzentrierte (40%ige) Hexamethylentetraminlösung im Nierenbecken und Harnblase keimtötend und heilend wirkt. Zylotropin mit Argolaval hemmt Einzeller in gleicher Weise. Bei der Infektionsbekämpfung — besonders in Körperhöhlen — müssen gewisse Medikamente, soweit pharmakologisch-chemisch möglich, nicht mit Wasser, sondern mit hochkonzentrierten Lösungen von Nichtelektrolyten verdünnt werden. (Versuche bei Reizblasen mit Spülungen von Argolaval in 20%iger Harnstofflösung verliefen günstig.) Auf ähnlichen Gedankengängen beruht das Pökeln des Fleisches, wobei sich durch das starke Einsalzen die hochkonzentrierte Pökellake mit reicher, in ihrem Wachstum stark gehemmter Bakterienflora bildet.

M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Zur Physiologie der Ureterkontraktionen, von H. Rothmann, II. Med. Kl. Charité Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 13, S. 603.) Am isolierten Meerschweinchenureter stellte Verf. fest: Parasympathisch erregende Substanzen, wie Cholin und KCl, wirken auf die Ureterkontraktionen anregend und fördernd, Atropin in geringem Grade hemmend. Von den sympathisch erregenden Substanzen hebt $CaCl_2$ bestehende Kontraktionen auf; Adrenalin vermehrt und verstärkt sie, wird aber durch Ergotamin paralysiert. Hypophysin verursacht rasch vorübergehende Beschleunigung mit nachfolgender Lähmung; Histamin macht starke Kontraktionen, beschleunigt bereits bestehende und verursacht eine Tonussteigerung des ganzen Ureters. E. Langer-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Zur Kasuistik der Konzeption bei unverletztem Hymen, von B. P. Fomenko-Leningrad. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 15, S. 926.) 38jähr., robuste, gesunde Arbeiterfrau, die nach 17jähr. Ehe zum ersten Mal schwanger wird. Das Hymen ist vollkommen erhalten, für einen Finger durchgängig. Nach Angaben der Frau litt ihr Mann an einer Impotentia coeundi, so daß es stets zu einer „Ejaculatio ante portas" kam.
F. Landauer-Berlin.

Zur Ätiologie des Ulcus rodens vulvae, von A. Rieck-Hamburg-Altona. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 15, S. 904.) Das Ulcus rodens vulvae ist tuberkulösen Ursprungs. Wenn es bisher außer dem Verf. keinem Forscher gelungen ist, die Bazillen im Gewebe nachzuweisen, so liegt das an der mangelhaften Untersuchungsmethodik. Im Verlauf des Ulcus rodens vulvae gibt es ein akutes Aufflammen des Prozesses, das an einer leichten Rötung und Schwellung einer dem Geschwür benachbarten, aber bis dahin gesunden Gegend kenntlich ist, in das eben eine feine Fistel durchgebrochen ist. Wenn man möglichst am Tage des Durchbruches die ganze Partie exstirpiert und quer zur Fistelrichtung Serienschnitte anlegt, muß sich die Tuberkulose histologisch und bakteriell nachweisen lassen. F. Landauer-Berlin.

Schädigungen durch Silkwormsterilette, von Peters, I. Chir. Abt. Städt. Krkhs. Charlottenburg-Westend. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 770.) Bei einer 26jähr. vorher gesunden Frau entstand 3 Wochen nach Einlegen einer Silkwormsterilette unter heftigen Schmerzen, blutig-eitrigem Ausfluß und Fieber eine schwere Adnexitis. Besonders die Verdickung der linken Adnexe erwies sich gegen die Behandlung äußerst resistent. Zuletzt — nach zweimonatiger Behandlung — wurde laparotomiert, wobei sich starke Verwachsungen der Tuben und Ovarien fanden. Gefahr der Dauersterilisierung. Daher Warnung vor dieser Art Präventivmaßnahme. H. Colman-Berlin.

Ein Fall von ungewöhnlich lokalisierten überzähligen Milchdrüsen, nebst einigen Bemerkungen über die axillaren Milchdrüsen, von W. J. Schmidt-Tannwald-Wien. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 15, S. 917.) Beschreibung einer Hypermastia glandularis, die in Form einer druckschmerzhaften, symmetrischen Geschwulst in beiden Brüsten auftrat. Eine Probeexzision ergab makroskopisch und mikroskopisch normales laktierendes Mammagewebe. Bei der Inzision wurde reichlich Milch sezerniert. Bemerkenswert an dem Fall ist einmal, daß die Schwellungen außerhalb des Verlaufes der „Milchleisten" lagen, und daß sie erst im dritten Wochenbett auftraten, während sich nach den beiden ersten Geburten keinerlei derartige Veränderungen an den Brüsten bemerkbar machten. Vielleicht ist das so zu erklären, daß manche Hypermastieformen der Summation mehrerer Schwangerschaftsreize bedürfen, um in Erscheinung treten zu können, oder aber, daß sie erst von einem gewissen Lebensalter an die entsprechende Größe erreicht haben, um auf einen Schwangerschaftsreiz ansprechen zu können.
F. Landauer-Berlin.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Praktische Erfahrungen über Präventivverkehr, von E. H. Pirkner-Brooklyn N. Y. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 1, S. 17—20.) In New York befindet sich eine Poliklinik, die sich ausschließlich damit befaßt, Frauen des Mittelstandes unentgeltlich im Gebrauche präventiver Mittel zu unterweisen. Es wird ein genauer Status über die wirtschaftlichen und ehelichen Verhältnisse, Sexualleben, Erfolg schon benutzter Präventivmittel aufgenommen. Bezüglich der letzteren zeigt die Statistik überwiegend Mißerfolge und vielfache schädliche Nebenwirkungen. In der Poliklinik werden Okklusivpessar und Pasten verschiedener Zusammensetzung angewendet und die Patientinnen in deren Gebrauche unterwiesen. Die Erfolge sollen ausgezeichnete sein.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Der Anteil der Sexualität am Aufbau der kriminellen Persönlichkeit, von A. Lenz-Graz. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 1, S. 1—6.) Die sexuelle Struktur der kriminellen Persönlichkeit nimmt einen hervorragenden Platz ein, weil auf ihr in vieler Beziehung eine Bereitschaft zur Begehung eines Verbrechens beruht. Dabei handelt es sich nicht nur um den Sexualverbrecher, sondern um jeden Verbrecher, soweit die Sexualität bei seiner Kriminalität mitgewirkt hat. Störungen der normalen Entwickung des Sexualtriebes durch Festhalten der infantilen Form (psychosexueller Infantilismus) können sich kriminell auswirken als Exhibitionismus, wechselseitige Masturbation Gleichgeschlechtlicher, Homosexualität. Die Pubertätskrise und ihre eventuelle abnorme Verlängerung führt zu Beleidigungen, Körperverletzungen, Mord und Totschlag, andererseits durch depressive Stimmung zu Brandstiftung der Dienstmagd, Verbrechen an Kindern der Dienstherrschaft. Der Sexualmensch begeht zur Befriedigung seines Sinnengenusses Diebstahl, Veruntreuung, Betrug, Erpressung. Ichsteigerung durch sexuelles Erlebnis führt zu Eifersuchtsverbrechen; auch die Sozialität kann mit Sexualität zu kriminigener Struktur sich zusammenschließen (sadistische Züchtungen von Kindern durch psychopathische Mütter, Lehrer). Überwuchern einzelner Komponenten der Sexualstruktur zeigt sich in sadistischer und masochistischer Erregung. Jedes Mißverhältnis zwischen Sexualstruktur und Ichstruktur erzeugt unharmonische Persönlichkeit, erschwert Anpassung an die sozialen Anforderungen (Diebstahl, Veruntreuung, Betrug aus sexueller Genußsucht; Vergiftung, Totschlag, Mord zur Lösung sexueller Konflikte). Sexuelle Haltlosigkeit ist eine Form der psychopathischen Minderwertigkeit

E. Levin-Berlin.

Spuren von Promiskuität in der Ukraine, von S. Weissenberg-Sinowjewsk. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 1, S. 26—27.) Auf dem Lande kommen Mädchen und Burschen während der langen Winterabende bei zweifelhaften Personen zusammen. Nach kurzer Zeit wird das Licht gelöscht und auf dem mit Stroh bedeckten Fußboden finden sich die Paare, nach vorheriger Wahl oder Zufall, zusammen. Es erfolgt teils Koitus, teils masturbatorische Betätigung, woher große Verbreitung der Masturbation. Die Burschen betätigten sich oft schon vor dem 15.—16. Jahre, die Mädchen im allgemeinen später. Bei 73% erster Koitus auf diese Weise, weniger als 50% der heiratenden Mädchen waren Virgines. Auch in der Ehe besteht beiderseitig weitgehende Ungebundenheit; daher ist Prostitution nicht bekannt, weil überflüssig.

E. Levin-Berlin.

Der Pubertätsverlauf bei Knaben und Mädchen, von Ch. Bühler-Wien. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 1, S. 6—10.) Dem Eintritt der Pubertätsentwicklung geht eine negative Phase vorauf, die sich bei Mädchen und Knaben verschieden äußert und die auch durch den Zeitpunkt der Reife modifiziert wird. Bei Mädchen zeigt sich Unlust zu gewohnter Beschäftigung, Isolierungsbedürfnis, Empfänglichkeit für Beeinflussung durch depravierende Elemente (Opfer von Sexualdelikten). Bei Knaben geht eine Periode gesteigerten Kraftbewußtseins der negativen Phase vorauf, die Vernachlässigung der Arbeit, Schulschwänzen bedingt. Mit dem Eintritt der Reife stellt sich der frühere Normalzustand wieder her.

E. Levin-Berlin.

Die Geschlechtsproportion und der Frauenüberschuß, von F. Burgdörfer-Berlin. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 1, S. 10—17.) Unter den Neugeborenen überwiegt überall das männliche Geschlecht, dieser Knabenüberschuß scheint sich nach dem Kriege verstärkt zu haben. Im Gesamt-Weltdurchschnitt besteht Gleichgewicht der Geschlechter, Frauenüberschuß nur in Europa. Im einzelnen bestehen große Unterschiede, die Großstadtbevölkerung hat die Tendenz, aus sich selbst einen den Landesdurchschnitt überschreitenden Frauenüberschuß zu erzeugen. Unter der heiratsfähigen Bevölkerung bestand vor dem Kriege nahezu völliges Gleichgewicht, während nach ihm ein ungeheurer Fehlbetrag an Männern und neben der quantitativen Verminderung eine qualitative Verschlechterung eingetreten ist.

E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 35 (Bd. 85) 27. August 1927

Aus der dermatologischen Klinik des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Allgemeinexanthem oder generalisierte Epidermophytie mit dem Epidermophyton Kaufmann-Wolff als Erreger

Von

Dr. C. L. Karrenberg, Assistent der Klinik

Seit dem großen Übersichtsreferat von Jessner (1) über Trichophytide, Mikrosporide und Favide aus dem Jahre 1924 hat eine große Zahl kasuistischer Beiträge, teils mit, teils ohne genauere mykologische Durcharbeitung der Fälle, unsere Kenntnisse vom Wesen und von den klinischen Erscheinungsformen dieser Erkrankungen erheblich vertieft. Dabei zeigte sich, daß die klinischen Bilder der Allgemeinexantheme ebenso polymorph sein können, wie die Dermatomykosen überhaupt, ein Umstand, der naturgemäß die Abgrenzung gegen ein generalisiertes seborrhoisches Ekzem, eine Pityriasis rosea, den verschiedenen Lichenformen oder anderen amykotischen Hauterkrankungen erschweren kann, zumal der Pilznachweis in den sekundären Effloreszenzen mehr oder weniger regelmäßig im Stich läßt, die Blutkultur nur in den wenigsten Fällen gelingt; ein positives Ergebnis der letztgenannten schließt die eben angeführten Erkrankungen nicht ohne weiteres aus, da erwiesenermaßen [Jessner (2)] auch Pilze im Blut kreisen können, ohne Hauterscheinungen auszulösen. Entsteht das Allgemeinexanthem gerade dann, wenn der Patient bereits in klinischer Beobachtung steht, so ist eine Entscheidung naturgemäß leicht; anders verhält es sich mit den Fällen, die bereits mit generalisierten Hauterscheinungen, womöglich noch durch Medikamente beeinflußt, in die Klinik kommen, zumal noch, wenn eine genauere Anamnese nicht zu erheben ist. Unter solchen Umständen wird auch nicht ohne weiteres entschieden werden können, ob es sich um ein Allgemeinexanthem oder aber um eine generalisierte Dermatomykose handelt; weder positiver noch negativer Pilzbefund schließt die eine oder andere Möglichkeit aus, denn einerseits sind in Effloreszenzen von Trichophytiden, Mikrosporiden und Faviden (cf. Jessner; wir selbst wiesen einmal bei einem Trichophytid mikroskopisch, einmal bei einem Favid kulturell Pilze nach) Pilze gefunden worden, andererseits kennen wir amykotische Phasen eines primär mykotischen Prozesses bei längerer Dauer [Flaudin (3)].

Wir beobachteten kürzlich einen Fall, der neben diesen Fragestellungen noch andere interessante Feststellungen zuließ.

Digitized by Google

K. Sch., 13 Jahr (4248/26). Vor 8 Tagen schilfernder Ausschlag in der Gegend des r. Fußgewölbes mit Übergreifen auf die Fußsohle und baldiger Bildung kleiner Bläschen. Kurze Zeit später (genauer Termin nicht zu eruieren) blitzartiges Auftreten gleichartiger Bläschen an beiden Händen, in den Inguinalfalten, auf der Brust und im Gesicht.

Allgemeinstatus o. B. Behaarter Kopf und Schleimhäute frei. Im Bereich der l. Stirnseite, am l. Auge, auf beiden Wangen und um den Naseneingang herum auf leicht geröteter etwas schuppender Haut zahllose kleine, mit einer wasserklaren, hier und da auch etwas trüben, fadenziehenden Flüssigkeit gefüllte Bläschen, die in Gruppen zusammenstehen; daneben stecknadelkopfgroße papuloide Effloreszenzen von zartrosa Farbe. Genau die gleichen Erscheinungen in der Fossa supraclavicularis und Inguinalfalte beiderseits.

In den Interdigitalräumen 2—4 beider Hände sowie im Bereich der Handteller zahlreiche gleichartige Bläschen; an den Unterarmen beiderseits, übergreifend auf die Oberarme bis zu deren mittlerem Drittel, mehr an den Streckseiten als an den Beugeseiten, neben zahlreichen stecknadelkopfgroßen, rosa bis rosabraunen knötchenförmigen Effloreszenzen auf leicht geröteter, etwas schuppender Haut ebenfalls solche vesikulöser Natur.

Haut zwischen der 2.—5. Zehe des r. Fußes oberflächlich erodiert, teilweise mit lamellösen Rändern. Im Bereich des r. Fußgewölbes mit Übergreifen auf die Fußsohle zahllose stecknadelkopf- bis pfennigstückgroße Blasen mit klarem oder leicht getrübtem, fadenziehendem Inhalt; gleichartige Effloreszenzen, nur in geringerer Zahl, in der Gegend des l. Fußgewölbes.

Übrige Haut, insbesondere Interskrotalfalten, intakt.

Starker Juckreiz.

Das Gesamtbild erinnerte etwas an ein akutes Ekzem; immerhin standen die dyshidrosiformen Effloreszenzen sehr im Vordergrund, so daß an eine Kombination von Ekzem plus Dyshidrose gedacht wurde. Andererseits war das Aussehen der Herde im Gesicht und über beiden Schlüsselbeinen sowie die offenbare Bevorzugung der Streckseiten der Arme und das Freibleiben der Prädilektionsstellen für Ekzeme auffallend. Zur weiteren Klärung des Falles, schon mit Rücksicht darauf, ob es sich bei den Effloreszenzen an Händen und Füßen um einen echten Cheiropompholyx oder aber um eine dyshidrosiforme Epidermophytie handelte, stellten wir eine genaue mykologische Untersuchung des Falles an.

1. Mikroskopisch (KOH, Färbung mit Sahlischem Boraxmethylenblau und nach Hammerschmidt [Carnoysche Lösung, Bismarckbraun]): In den Präparaten des Bläscheninhalts und der Bläschendecke von Effloreszenzen im Gesicht, an den Händen, Armen und Füßen finden sich, am deutlichsten bei KOH-Behandlung des Ausgangsmaterials und bei Färbung nach Hammerschmidt eigenartige kurze und feine Partikelchen, hier und da auch etwas längere Fädchen, die an zerbrochene Myzelien erinnern, jedenfalls aber nicht genauer zu definieren sind; auf keinen Fall liegt eine Täuschung durch Zellgrenzen vor; sie finden sich außerdem ja auch im steril gewonnenen Blaseninhalt. Man muß im Durchschnitt 5—6 Gesichtsfelder durchmustern, um eines dieser Gebilde zu finden, bei manchen Präparaten auch mehr. Ab und zu finden sich, aber durchaus nicht konstant und nicht in allen Präparaten, kleinere rundliche Gebilde, deren Natur ebenfalls unklar ist.

2. Kulturell: Die Primärkultur wurde nach dem bei uns üblichen Schema angelegt, auf flüssigen (Traubenzuckerbouillon, Maltose-Peptonwasser) und verschiedenartigen festen Nährböden (Maltose-Glyzerin-Pepton-Agar, Maltose-Agar, Traubenzucker-Agar, Pepton-Agar; Nährsubstrate Grütz und Sabouraud). Im Hinblick auf das besondere des Falles kam eine große Menge von Röhrchen (über 70) zur Verwendung. Nach Berühren der Agaroberfläche mit einem glühenden Platinspatelchen

Digitized by Google

wurden in die so geschaffene Delle neben Blaseninhalt und kleinsten Partikelchen der Blasendecke auch größere Stückchen verbracht in der Annahme, daß die so mitgegebene relativ größere Menge des natürlichen Nährsubstrates eine bessere Assimilierung der eventuell vorhandenen Pilze an das künstliche ermögliche, ein Verfahren, dessen wir uns regelmäßig mit bestem Erfolge bedienen. Es wurde Material von den Effloreszenzen im Gesicht, im Bereich der Interdigitalräume und Handteller und von der Innenseite der Füße verarbeitet am 15. Juni 1926. Es soll gleich vorweggenommen werden, daß auf der Mehrzahl der flüssigen Nährböden an der Oberfläche weißlich-gelbe Kulturen nach etwa 14 Tagen erschienen, deren Vergleich nach Überimpfung auf Milieu d'épreuve GRÜTZ mit den auf den festen Nährböden gewachsenen ergab, daß beide identisch waren; bei einigen Röhrchen zeigte sich eine Mischinfektion mit Staphylokokken und Sarzinen, bei anderen war der Pilz in Reinkultur gewachsen. Von den festen Medien wies der Maltose-Glyzerin-Pepton-Agar das beste, der Maltose-Agar quantitativ weniger gutes, der Traubenzucker-Agar gar kein Wachstum auf. Auch hier erschienen auf einigen Röhrchen Kulturen von Begleitbakterien, während auf anderen (vor allem von den Effloreszenzen im Gesicht) der Pilz ebenfalls in Reinkultur wuchs. Nach 14 Tagen waren die Kulturen, in Zimmertemperatur gehalten, etwa 5-markstückgroß, flaumig, von weißlicher Farbe; ihr Zentrum war etwas rundlich eingedellt, inmitten dieser Eindellung fand sich ein kleiner Knopf. Radiäre oder konzentrische Fältelung war nicht festzustellen; die Kultur fiel gleichmäßig, flach-kuppelförmig zum Rande hin ab; die peripheren Partien boten keinen besonderen Befund. Von nun ab war das Wachstum außerordentlich schnell: nach weiteren 8 Tagen hatte die Kultur Kleinhandtellergröße erreicht; die Eindellung in der Mitte hatte sich etwas gehoben, dafür war, etwa querfingerbreit von der Mitte, bei den einzelnen Kulturen verschieden stark ausgeprägt, aber immer vorhanden, ein streng konzentrischer Ring erschienen. Anfänglich schienen von dem an der Innenseite der Füße abgeimpften Material zwei Arten von Kulturen zu wachsen: die eine in der oben geschilderten Weise, daneben eine mit zentral mehr pudrigem Wachstum; nach mehreren Tagen weiteren Wachstums stimmten die Kulturen aber genau überein. Mikroskopisch fanden sich, übereinstimmend bei sämtlichen Stämmen, septierte Myzelien in allen möglichen Übergangsformen zwischen peitschenschnurartiger Krümmung und echter Spiralenbildung; letztere stellten einen konstanten Befund während einer langen Beobachtungsdauer dar, wenn auch ihre Zahl zu wechseln schien; daneben sah man zahlreiche Ektosporen.

Wenn wir bislang noch einen Zweifel darüber gehabt hätten, daß es sich um ein Epidermophyton Kaufmann-Wolff handelte, so hätte uns das Wachstum der Unterkulturen bald in diesem Sinne aufgeklärt: Es zeigte sich in der Folgezeit eine ganz außerordentlich große Polymorphie; das Aussehen etlicher Kulturen erinnerte lebhaft an das Epidermophyton gypseum McCarthy oder an das Epidermophyton niveum desselben Autors; ein anderes Mal beobachteten wir wolliges Wachstum im Zentrum und, wenig scharf abgesetzt von dieser Zone, gypseumartiges Wachstum in einem peripherwärts gelegenen Ring; auch variierte die Farbe der Kul-

Digitized by Google

turen zum Teil sehr stark, teils war sie blendend weiß, teils gelblich. Sektorenweises Wachstum konnten wir im Gegensatz zu KELLER (4) nicht beobachten. Auch Spindeln haben wir im Gegensatz zu ALEXANDER und KELLER und in Übereinstimmung mit KAUFMANN-WOLFF (5) und GRAFFENRIED (6) niemals gefunden trotz sorgsamster Beobachtung, eine Erfahrung, die mir auch kürzlich mehrere amerikanische Mykologen mitteilten.

Kulturelle Untersuchungen von intakten Hautstellen ergaben lediglich Sarzinen, Kokken und vereinzelte Aspergillazeen; auf keiner Kultur wuchs irgendein verdächtiger Pilz.

Therapie: Sorgfältige Abdeckung der die Effloreszenzen umgebenden intakten Haut mit ENGEL-REIMERSscher Kindersalbe, Umschläge mit Kalium permanganicum-Lösung im Bereich der Effloreszenzen; nach Abklingen der akuten Erscheinungen Anthrarobin, Nachbehandlung mit Ungt. diachylon. Keine Ekzematisation nach Abheilung. Nach 18 Tagen geheilt entlassen. Eine Trichophytinreaktion, Probeexzision und Blutkultur konnte aus äußeren Gründen nicht gemacht werden. Fieber hatte während des ganzen Klinikaufenthaltes nicht bestanden.

Den überraschendsten Befund stellt in unserem Falle der Nachweis eines E. Kaufmann-Wolff in Gesichtseffloreszenzen dar; wir haben in der einschlägigen Literatur keine gleichartige Beobachtung gefunden. Ganz allgemein ist ja das klinische Bild der Epidermophytie gerade in den letzten Jahren auf Grund der beobachteten Fälle vielgestaltiger geworden, speziell das Bild derjenigen Erkrankungen, die durch das Epidermophyton inguinale hervorgerufen werden. So sind speziell auch Kopfaffektionen beschrieben worden, die durch diesen Pilz hervorgerufen waren: DUDUMI (7) berichtete über retroaurikuläres Eczema marginatum mit dem Epidermophyton inguinale als Erreger, WEISS (8) wies ein Epidermophyton inguinale in einer segmentären, von schuppenden Papeln umgebenen Effloreszenz des Hinterkopfes nach; ARZT und FUHS (9) fanden ebenfalls in einem pityriasiformen Kopfherd ein Epidermophyton inguinale, wir selbst züchteten einmal bei Reihenuntersuchungen über die Flora ekzematoider Hautläsionen aus einem isolierten Pityriasis-sicca-Herde am Mundwinkel einer Patientin ein Epidermophyton inguinale bei Fehlen sonstiger Erscheinungen von Epidermophytie. Ganz unerwähnt sollen die von japanischen Autoren [TAKEYA (10)] beschriebenen Fälle von Epidermophytieherden des Kopfes, teilweise sogar mit endothrichem Wachstum des Pilzes [KATOH (11), OTA (12)] bleiben, da der erregende Pilz in diesen Fällen Epidermophyton rubrum war, dessen Stellung zu der Gattung „Epidermophyton" einerseits und zu der Gattung „Trichophyton" andererseits strittig ist; bekanntlich würde endothriches Wachstum im Rahmen der von SABOURAUD (13) gegebenen und in neuerer Zeit von LEE MACCARTHY (14) wiederholten Richtlinien für die Beurteilung eines Pilzes als Epidermophyton gegen eine solche Auffassung sprechen.

Gegenüber dieser gewissen Polymorphie klinischer Erscheinungen der Epidermophytie ist das von dem E. Kaufmann-Wolff hervorgerufene Krankheitsbild ziemlich einförmig; seine Hauptcharakteristika sind dyshidrosiform-ekzematoide Effloreszenzen mit ganz bestimmtem Sitz und einer bestimmten Tendenz, in plötzlichen Schüben, zum Teil in einer

Digitized by Google

gewissen Abhängigkeit von der Jahreszeit, aufzutreten; die einzelnen klinischen Bilder sind genauer von ALEXANDER (15), RAJKA (16), STREMPEL (17) u. a. beschrieben worden, so daß sich ein Eingehen hierauf erübrigt. In keiner der vorliegenden Arbeiten wird aber über Züchtung eines derartigen Pilzes aus Gesichtsherden berichtet.

ALEXANDER (18) hat vor kurzem einen Fall von Kaufmann-Wolffscher Epidermophytie des linken Fußes beschrieben, bei dem es im Verlauf klinischer Beobachtung unter Temperatursteigerung zu einem Allgemeinexanthem an Handtellern, Armen, Rücken und Brust kam; selbst am Halse zeigten sich kleinpapulös-vesikulöse Effloreszenzen. Von einer Mitbeteiligung des Gesichtes wird nicht gesprochen. Trotzdem direkte Beweise nicht erbracht werden konnten — eine Trichophytinreaktion wurde nicht angestellt —, spricht ALEXANDER dieses Exanthem als „echtes ekzematöses (lichenoides?) Trichophytid" an, dabei die Frage seiner Entstehung offenlassend; immerhin neigt er mehr zu der Ansicht, daß es sich um ein hämatogen entstandenes Trichophytid handelt.

Wir haben uns die Frage vorgelegt, ob es sich in unserem Falle, schon mit Rücksicht auf den außergewöhnlichen Pilzbefund im Gesicht, ebenfalls um ein derartiges Trichophytid handele. Eine Beurteilung des Falles ist von Anfang an schon dadurch erschwert, daß der Patient bei Ausbruch der Erscheinungen nicht unter klinischer Beobachtung stand, daß weiterhin der genaue Termin, an dem die Sekundäreffloreszenzen auftraten, nicht eruiert, sondern lediglich der blitzartige Verlauf dieses Auftretens festgestellt werden konnte; auch war nichts darüber bekannt, ob Allgemeinsymptome in Form von Fieber, Kopfschmerzen usw. vorhanden gewesen waren, die für die Diagnose mitverwertet werden konnten, aber natürlich nicht unbedingt ausschlaggebend gewesen wären, und endlich war es aus äußeren Gründen unmöglich, sämtliche erforderlichen Untersuchungsmethoden bei dem Patienten anzuwenden (Trichophytinreaktion, Blutkultur).

Wir glauben nicht, daß es sich etwa um verschiedene Krankheitsbilder gehandelt hat, daß etwa die Erscheinungen oberhalb der Klavikulae oder in den Inguinalfalten abzutrennen wären von den übrigen Effloreszenzen, trotzdem hier der mikroskopische und kulturelle Pilznachweis nicht vorgenommen wurde; das zeitlich gleiche Auftreten und vor allem der klinische Aspekt sprachen entschieden für eine Zusammengehörigkeit der gesamten Erscheinungen. In erster Linie fällt bei ihnen eine gewisse Symmetrie der Lokalisation auf; die Entfernung der einzelnen Effloreszenzgruppen von der ursprünglichen Läsion und untereinander spricht gegen eine fortgeleitete oder Kontaktinfektion; abgesehen davon, haben wir eine solche durch kulturelle Untersuchung der intakten Haut ausgeschlossen, denn es wäre nicht einzusehen, warum hier trotz Vorhandenseins von Pilzen der Nachweis versagt hätte, wo er doch in den Effloreszenzen, also in Partien, in denen die Pilze allerhand Schädigungen durch Abbauprozesse seitens der Immunkräfte des Körpers ausgesetzt waren, positiv war. Weiterhin war die Möglichkeit gegeben, daß eine gleichzeitig an verschiedenen Stellen aufgetretene „Superinfektion" von der Außenwelt her vorgelegen hätte; in diesem Falle wäre aber der symmetrische Sitz sowie die eigenartige Lokalisation im Gesicht zum mindesten auffallend.

Digitized by Google

Wir glauben, diese Möglichkeiten ablehnen zu können und halten unseren Fall trotz des Fehlens abschließender Beweise für ein echtes Trichophytid. Dabei verschließen wir uns absolut nicht der Tatsache, daß zunächst an und für sich der kulturelle Nachweis des Epidermophyton in den Sekundäreffloreszenzen in Verbindung mit dieser Annahme und im Rahmen unserer heutigen Anschauungen einen außerordentlichen Befund darstellt. Jessner kommt nach Sichtung der entsprechenden Literatur über gelungenen Nachweis in den Effloreszenzen des Allgemeinexanthems zu dem Schluß, daß die allergische Haut die Pilze bald abbaut, denn fast alle positiven Befunde datieren vom ersten und zweiten Tag nach Auftreten des Exanthems. Wie oben bereits angedeutet, war eine genauere Angabe über den Termin der Propagation nicht zu bekommen; immerhin hatte man bei Betrachtung der Sekundäreffloreszenzen am Tage der Aufnahme des Patienten den Eindruck, daß hier ein frischer, noch nicht lange vorhandener Prozeß vorlag (Aussehen der Bläschen!), so daß wir wohl kaum fehlgehen in der Annahme, daß erst kurze Zeit vorher das Exanthem entstanden war. Aber selbst wenn das nicht der Fall gewesen ist, so könnte man den positiven Pilzbefund eventuell durch die Natur des vorliegenden Erregers erklären. Alexander nimmt in seiner Beschreibung des Krankheitsbildes der Dyshidrosis lamellosa sicca an, daß es sich um mykotische Prozesse handelt, die vielleicht durch avirulente oder stark abgeschwächte Stämme des Epidermophyton Kaufmann-Wolff hervorgerufen sind; es wäre möglich, daß auch in unserem Falle ein derartiger Stamm vorgelegen hätte, der auf Grund seiner Eigenschaften die immunisatorischen Kräfte des Körpers weniger mobilisiert und sich dadurch gewissermaßen selbst geschützt hätte. Dazu ist weiterhin zu bemerken, daß es sich bei den Epidermophyten um eine Gruppe von Pilzen handelt, über deren immunbiologisches Verhalten scheinbar noch sehr wenig bekannt ist; Untersuchungen, die wir in dieser Hinsicht mit Trichophytin „Höchst" und „Epidermophytin" aus verschiedenen Stämmen (E. inguinale, E. Kaufmann-Wolff, E. rubrum) anstellten, führten noch zu keinem eindeutigen Resultat.

Bei der Auffassung unseres Falles als Trichophytid bzw. Epidermophytid ist allerdings noch zu bedenken, daß an und für sich gerade das E. Kaufmann-Wolff ganz blitzartig auftretende dyshidrosiforme Affektionen, unter Umständen sogar an allen vier Extremitäten auslösen kann, ohne daß wir in solchem Falle von einem Trichophytid reden; somit könnten die Erscheinungen an Händen und am anderen Fuß bei unserem Patienten als zum Krankheitsbild der Kaufmann-Wolffschen Epidermophytie gedeutet werden. In diesem Falle wäre die Mitbeteiligung der Gesichtshaut bzw. der Haut an anderen Körperstellen, die erfahrungsgemäß kaum von einer Infektion mit diesem Pilz betroffen wird, für die Charakterisierung des Prozesses ausschlaggebend.

Der Verlauf des Allgemeinexanthems war zeitlich und klinisch durchaus gutartig; in dieser Hinsicht finden wir vielleicht eine Parallele beim klinischen Verlauf der Mikrosporide und Favide, die, wie Jessner hervorhebt, ja auch im Vergleich mit den meisten Trichophytiden schneller und milder verlaufen.

Digitized by Google

Zusammenfassung

Es wird über einen Fall von Epidermophytie des rechten Fußes mit dem Epidermophyton Kaufmann-Wolff als Erreger berichtet, in deren Verlauf es zu gleichartigen Herden an den Extremitäten, in den Inguinalfalten, den Supraklavikulargruben und vor allem im Gesicht kam; positiver mikroskopischer und kultureller Pilznachweis in den Effloreszenzen der Extremitäten und des Gesichtes. Die Affektion wird, trotzdem eindeutige Beweise fehlen, als allergisches Allgemeinexanthem aufgefaßt.

Literatur

1. JESSNER, Zbl. f. Haut, 1924, Bd. 11, S. 449. — 2. JESSNER, ibid., Bd. 6, S. 73. — 3. FLAUDIN, Presse méd., 1922, Jg. 30, S. 561. — 4. KELLER, Derm. Zschr., 1926, Bd. 49, S. 33. — 5. KAUFFMANN-WOLFF, ibid., 1914, Bd. 21, S. 385. — 6. GRAFFENRIED, Derm. W., 1918, Bd. 66, Nr. 21. — 7. DUDUMI, Derm. Zschr., 1913, Bd. 20, S. 1082. — 8. WEISS, zit. bei 9. — 9. ARZT und FUHS, Derm. Zschr., Bd. 41, S. 97. — 10. TAKEYA, Jap. J. of derm. a. urol., 1926, Bd. 26, S. 7. — 11. KATOH, ibid., 1925, Bd. 25, S. 895. — 12. OTA, zit. bei MCCARTHY. — 13. SABOURAUD, Les Teignes. — 14. LEE MACCARTHY, Ann. de Derm., 1925, Bd. 6. — 15. ALEXANDER, M. Kl., 1922, Nr. 49. — 16. RAJKA, Arch. f. Derm., Bd. 143; Derm. W., Bd. 79; 42b. — 17. STREMPEL, Kl. W., 1926, Nr. 30. — 18. ALEXANDER, M. Kl., 1927, Nr. 8.

Über Novokaindermatitiden bei der Anwendung von Novokain-Augenwasser

Von

Prof. Dr. GALEWSKY in Dresden

Unter dem Titel „Über Novokainekzeme" hat in Nr. 28 dieser Zeitschrift JORDAN über Novokainekzeme als professioneller Dermatose der Zahnärzte eine kleine Mitteilung gebracht, in der er über drei derartige, im Laufe eines Jahres von ihm gemachte Beobachtungen schreibt. Wir können daraus ersehen, daß diese verhältnismäßig seltenen Berufsekzeme bei Zahnärzten zu sehr unangenehmen Erscheinungen führen und unter Umständen, wenn der Betreffende die Ursache nicht erkennt, zu einer schweren Kalamität für den Betreffenden werden können.

In einer kleinen Arbeit über die gewerblichen Schädigungen der Haut durch Emetin[1]) habe ich über den Einfluß der Alkaloide auf die Haut geschrieben und dabei Schädigungen durch Kokain und Prokain erwähnt, von denen namentlich letztere in Amerika bei der Anwendung von Prokain bekannt geworden sind. Da ich selbst in den letzten zwei Jahren zweimal an Novokaindermatitis gelitten habe, möchte ich ganz kurz über die Bedeutung des Novokains bei der Anwendung als Augenwasser berichten.

Als Heufieberkranker habe ich seit vielen Jahrzehnten mir die Beschwerden der Heufieberkonjunktivitis durch Suprarenin-, Kokainaugenwässer zu stillen versucht. Dieses Augenwasser habe ich ebenso wie ein Holokainaugenwasser anstandslos vertragen. Im Jahre 1925 wurde mir

[1]) W. m. W., Nr. 26, 28.

Digitized by Google

geraten, anstatt des Kokains Novokain anzuwenden. Ich habe also in diesem Jahre ein Augenwasser, welches die Zusammensetzung Suprarenin (1:1000) 0,2 bis 2,0, Sol. Novocain 0,2 zu 20,0 enthielt, im Jahre 1925 zum ersten Male injiziert. Da ich es 1925 ziemlich gut vertragen hatte und nur eine ganz leichte Reizung der Haut empfand, die ich mit Vaseline schnell wieder beseitigte, nachdem ich das Augenwasser ausgesetzt und mit Kollargol injiziert hatte (Prof. BEST), wendete ich es im Jahre 1926, nachdem ich eine kruppöse Pneumonie überstanden hatte und körperlich sehr herunter war, wieder an. Nach ungefähr 4tägiger Anwendung bekam ich ein sehr starkes Ekzem der ganzen linken Gesichtshälfte (ich hatte ganz besonders ins linke Auge eingegossen), so daß ich einen mir bekannten Augenarzt (Dr. SCHÜSSELE in Baden-Baden) konsultierte. Letzterer setzte sofort das Augenwasser aus, behandelte die Haut mit Zinkpaste und Vaseline, das Auge mit trockener Wärme und schwacher adstringierender Einspritzung sowie einer schwachen Kollargollösung, die mir schon 1925 geholfen hatte. Unter dieser Behandlung heilte das Ekzem glatt ab, ich wurde aus der Behandlung entlassen, und da mich das Heufieber sehr quälte, wandte ich noch einmal das Suprarenin-Novokainwasser wieder an. Zwei Stunden später bekam ich eine ganz schwere, wie ein Erysipeloid aussehende Dermatitis der linken Gesichtsseite, von der es uns nunmehr klar war, daß sie vom Augenwasser herrühren mußte. Nach etwa 8 Tagen war auch diese Entzündung wieder abgeheilt, und ich wurde aus der Behandlung entlassen. Da mich mein Heufieber aber sehr quälte und ich immer noch nicht recht an das Novokain glaubte, machte ich mir eine ganz schwache Einsprayung von Novokain 1:1000 in die Nase. Ich bekam wieder sofort eine außerordentlich starke Schwellung der ganzen Nase, die unförmlich anschwoll, so daß ich einige Tage brauchte, bis die Entzündung abheilte.

Nun war es ganz klar, daß diese Dermatitis des Gesichts, die außerdem noch die schon bestehende Heufieberkonjunktivitis sehr stark gereizt hatte, vom Novokain herrührte. Ich habe dasselbe seitdem nicht mehr angewendet und habe dieses Jahr mein Heufieber nur mit einer schwachen Suprareninlösung 1:1000 0,2—0,5, Acid. bor. 0,2 zu 20,0 behandelt, ohne dabei irgend welche ekzematöse Reizung zu verspüren.

Da nicht nur mir und den mich behandelnden Kollegen, sondern auch noch verschiedenen Augenärzten, mit denen ich gesprochen habe, die Möglichkeit einer Novokaindermatitis nicht bekannt war, möchte ich diese wenigen Zeilen veröffentlichen, um auf diese eigenartige Dermatitis aufmerksam zu machen. Geheimrat JADASSOHN in Breslau teilte mir mit, daß er diese Dermatitis auch schon gesehen habe und daß er in einem Falle sogar ein Übergreifen auf die Kornea beobachtet habe, wovor der mich behandelnde Augenarzt und ich selbst auch Angst hatten. Wieso bei mir diese Sensibilisierung gegen Novokain zustande gekommen ist, kann ich nicht mit Sicherheit sagen. Ich habe Novokain 1925 ganz gut vertragen und nur eine leichte Reizung gehabt, und erst 1926 kam die starke Entzündung zum Ausdruck. Ob hier die Pneumonie, die ich vorher durchgemacht hatte, irgendwie sensibilisierend gewirkt hat, kann ich selbstverständlich nicht behaupten.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Graz
(Vorstand: Prof. Dr. R. MATZENAUER)

Über Farbstoffbehandlung der Gonorrhoe

Von

Dr. ERNST KIENE und Dr. MAX OBERMAYER, Assistenten

Trotz der grundlegenden Arbeiten von NEISSER, FINGER, JADASSOHN, welche die Silbersalze in den Vordergrund der Gonorrhoebehandlung stellten, fehlt es besonders in neuerer Zeit nicht an Bestrebungen, die oft stark pessimistisch beurteilte Gonorrhoetherapie durch andere Mittel und Wege erfolgreicher zu gestalten.

Während bei der akuten Gonorrhoea anterior, bei welcher es sich im Wesen nur um eine mehr oberflächliche Desinfektion der Urethralschleimhaut handelt, sich die Silbersalze noch immer mit gutem Erfolg behaupten, ist die Beurteilung ihrer Wirkung bei allen jenen Fällen, in denen der Sitz der Gonorrhoe kein rein oberflächlicher ist, sehr schwierig, weil der Kontakt des urethral angewendeten Medikamentes mit dem Erreger nicht mehr gegeben ist und die trotzdem erfolgte Ausheilung daher nicht mehr der desinfizierenden Wirkung zugeschrieben werden kann. Für die Abortivbehandlung der frischen Gonorrhoe, wenn sie gelingt, ist die bakterizide Kraft eines Antiseptikums und seine Tiefenwirkung unter Vermeidung von Gewebsschädigung ja sicherlich ausschlaggebend. Aber bei allen Posteriorerkrankungen mit oder ohne feststellbarer Infektion der drüsigen Anhänge muß gerade wegen des mangelnden Kontaktes zwischen Medikament und Erreger eine biologische Auffassung der Heilvorgänge Platz greifen.

Zwei biologischen Auffassungen, bei Infektionskrankheiten im allgemeinen und bei der Gonorrhoe im speziellen, verdanken wir bessere therapeutische Erfolge: erstens der Leistungssteigerung des Organismus, spezifischer oder unspezifischer Natur, zweitens der Vorstellung eines lokalen Gewebswiderstandes.

Der ersten Auffassung verdanken wir die Behandlung mit spezifischen Vakzinen[1]) (Gonoyatren, Gonargin, Arthigon usw.) und die unspezifische Fiebertherapie mit Eiweiß oder Eiweißderivaten (Milch, Aolan, Kaseosan, Hämoprotin usw.), welche beide heute bereits ärztliches Allgemeingut geworden sind. Hierher gehören auch die Versuche intrakutaner Impfung mit lebenden Gonokokken (HESSE und OBERMAYER). Diese Behandlungsmethoden sind indiziert bei akuter Nebenhodenentzündung, Prostatitis, weiblichen Adnexerkrankungen, den Entzündungen der Sehnenscheiden, Gelenke usw., mithin so ziemlich bei allen gonorrhoischen Komplikationen. Aus dem Heileffekt dieser Behandlungsart ersieht man, daß Abwehrkräfte des Organismus eine große, wenn auch

[1]) Speziell der Vakzinefrage haben wir uns eingehend gewidmet und verweisen auf die Arbeit aus unserer Klinik in der W. m. W., 1927, Nr. 21, „Zur Therapie der Frauengonorrhoe mit Vakzinen", von MAX OBERMAYER.

Digitized by Google

oft unkontrollierbare Rolle spielen, eine Tatsache, welche man indirekt aus den Herdreaktionen bei derartigen Maßnahmen, aus der Konjunktival- und Kutireaktion (BRANDWEINER und HOCH, WIEMANN, SMITH, BRUCK) und der Komplementablenkung bei Gonorrhoe (MÜLLER, HEUCK und LOCHBRUNNER, RUBINSTEIN und GAURAN) feststellen kann.

Hierbei möchten wir folgende Beobachtung mitteilen: In manchen Fällen gelangte die Schleimhautgonorrhoe bei gleichzeitig bestehenden Komplikationen obenerwähnter Art durch Vakzinetherapie zur Abheilung, während bei einfacher Schleimhautgonorrhoe derartige Maßnahmen fast immer erfolglos sind, wie ja auch fast alle Autoren übereinstimmend berichten.

Was nun die Vorstellung des lokalen Gewebswiderstandes anlangt, so hat dieselbe in der Chirurgie von der antiseptischen Wundbehandlung mit starken Desinfizientien zu weniger gewebsschädigenden und zur aseptischen Behandlung geführt. Beobachtungen deuten darauf hin, daß lokal vorhandene oder entstehende Abwehrmaßnahmen, die durch eine allgemeine Leistungssteigerung des Organismus noch verstärkt werden können, in vielen Fällen genügen, eine Heilung herbeizuführen, wenn nur nicht der natürliche Gewebsschutz durchbrochen wird und differente Medikamente die Funktionen des Gewebes stören. Für diese Vorstellung spricht auch — allerdings in negativem Sinne — das Auftreten von Sehnenscheidenentzündungen an den Handgelenken, z. B. bei Schmieden, von Gonitis bei starker Beanspruchung des Gelenkes, aber auch gonorrhoische Affektionen bei Rheumatikern, bei welchen das minder tüchtige Gewebe des öfteren schlagartig erkrankt (Puncta minoris resistentiae). Auch das Aufflammen einer klinisch geheilten Gonorrhoe nach unmittelbar angeschlossener Bruch- oder Varikozelenoperation sowie durch Sturz oder durch körperliche Anstrengungen irgend welcher Art legen die Vorstellung der Durchbrechung lokalen Gewebsschutzes nahe.

Auch alle neueren Präparate kommen dieser Auffassung entgegen, indem die gewebsschädigende Komponente der Silbersalze durch Bindung an Eiweiß, organische Säuren, Glykoside usw. abgeschwächt wird. Gleiche Bestrebungen hatten die Einführung anderer Metallsalze zur Folge. Hierher gehören das Merlusan (MATZENAUER und BUCHTALA), das Merkurochrom (YOUNG, WHITE und SWARTZ), endlich das Oxyzyanat. Aber auch andere Lösungen und Verbindungen von Nichtschwermetallen standen und stehen vielfach in Verwendung: so das Salvarsan (KARO, JANET, LEVI-BING), dann als Ersatz der im Kriege vielfach zur Dauerwundberieselung verwendeten DAKINschen Lösung das Chloramin-Heyden und schließlich die alterprobte Hypermanganlösung in Form der JANETschen Spülung. Besonders die Erfolge mit Hypermangan nehmen eine Sonderstellung ein, da Hypermangan im Reagenzglas keine Wirkung auf Gonokokken entfaltet (STEINSCHNEIDER und SCHÄFFER). Es scheint hierbei die seröse Durchtränkung der Urethralschleimhaut (ZIELER) eine große Rolle zu spielen, was sich wiederum mit unserer Auffassung von der Funktion des Gewebes als bestimmenden Heilfaktor deckt. Dieses von der Behandlung mit desinfizierenden Silberpräparaten grundsätzlich zu unterscheidende Prinzip dürfte der Wirkung des Trypaflavins zugrunde liegen; hierbei ist aber zu bemerken, daß Trypaflavin außerdem

Digitized by Google

noch in großen Verdünnungen (1:300 000) Gonokokken im Reagenzglase abzutöten imstande ist, mithin sich zu der vorhin erwähnten Eigenschaft noch eine hohe desinfizierende Wirkung hinzugesellt (NEUFELD und SCHIEMANN, SCHIEMANN und BAUMGARTEN).

Das Trypaflavin ist ein Akridinfarbstoff, wurde anläßlich der Trypanosomenforschungen EHRLICHS von BENDA hergestellt und von BROWNING als Wundantiseptikum in die Therapie eingeführt. Seine Verwendbarkeit bei septischen Prozessen (KRAEMER, ENGMANN), bei Enzephalitis (BUSS) scheint in dem günstigen Verhältnis seiner bakteriziden Kraft zur Dosis maxima tolerata zu liegen. In letzterer Zeit wurde es auch bei Gonorrhoe verwendet (DAVIS, SCHÖNFELD, PINCSOHN, JAUSION und DIOT, BRUCK, ZIELER), teils mit positivem, teils mit negativem Erfolge. Seine Verwendung bei allgemeinen septischen Prozessen legte den Gedanken nahe, auch die Gonorrhoe durch intravenöse Injektionen vom Kreislauf aus zu beeinflussen. Nur ein einziger Autor (BAER und KLEIN) verwendete das Präparat auch lokal. Unsere Versuche erstrecken sich auf beide Applikationsweisen, und zwar wurde die intravenöse Therapie auf der Frauen-, die lokale auf der Männerabteilung durchgeführt.

Was die intravenöse Therapie anbelangt, so wurde dieselbe in der Weise gehandhabt, daß wir jeden zweiten Tag 5 ccm einer 2%igen Lösung, also 0,1 g Trypaflavin pro dosi, injizierten. Verwendet wurden die von der Firma Hoechst neu eingeführten Ampullen, mit welchem neuen Präparat unangenehme Nebenerscheinungen, welche früher nach der Einverleibung auftraten, vermeidbar sein sollten. Tatsächlich wurden die Injektionen auch anstandslos vertragen, Beschwerden wurden nur zweimal angegeben, das eine Mal während der Applikation, das andere Mal 10 Minuten später, und bestanden dieselben nur in einem angeblich äußerst unangenehmen Hitzegefühl, welches nur wenige Minuten andauerte.

Die lokale Behandlung wurde, um die alleinige Wirkung des Trypaflavins beobachten zu können, auf ein Minimum beschränkt; die Urethra blieb unbehandelt, die Vagina wurde täglich einmal teils mit Gynäklorina, teils mit Hypermangan ausgespült.

Die Injektion des Trypaflavins, mit der nötigen Sorgfalt ausgeführt, verursachte an der Applikationsstelle keinerlei Beschwerden. Nur in einem einzigen Falle entstand durch paravenöse Injektion eines Teiles der Lösung ein ziemlich schmerzhaftes Infiltrat, ähnlich wie bei Neosalvarsan, welches sich auf antiphlogistische Behandlung in zwei Wochen rückbildete. Die Urinuntersuchung ergab stets negativen Eiweißbefund, bei den meisten Patientinnen konnten wir eine deutliche Fluoreszenz des Morgenharnes am Tage nach der Injektion feststellen.

Eine eigentümliche Beobachtung, die wir nur in einem einzigen Falle wahrzunehmen Gelegenheit hatten, sei hier kurz mitgeteilt. Bei der Visite klagte eine Patientin, welche tags zuvor Trypaflavin injiziert erhalten hatte, über heftiges Brennen der Haut über der oberen Brustpartie. Objektiv war ein akutes Erythema solare an jenen Stellen der Brust und des Halses, welche die Spitalskleidung frei ließ, festzustellen. Als die Patientin mit Bestimmtheit angab, sich höchstens durch 5 Minuten der Sonne ausgesetzt zu haben, dachten wir sofort an die Möglichkeit einer photo-dynamischen Wirkung des Medikaments und setzten

Digitized by Google

zwei Patientinnen am Tage der Injektion durch längere Zeit der Sonne aus. Der Erfolg war negativ, d. h. die Erythema unterschieden sich in ihrer Intensität durch nichts von den normaliter entstehenden, und waren bei weitem geringgradiger als bei dem ersten Fall, obwohl es sich um zwei blonde Patientinnen mit pigmentarmer Haut handelte. Wir verfolgten daher die Beobachtung nicht weiter. Nun hatte aber der eine von uns Gelegenheit, in der Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vom 23. VI. 1927 zwei mit Trypaflavin behandelte Fälle der Abteilung Prof. OPPENHEIM vorgestellt zu sehen, welche beide ausgedehnte Pigmentierung der Haut und Pigmentflecke an der Schleimhaut der Wangen zeigten, Erscheinungen, die, wie in unserem Falle, für die photo-dynamische Wirkung des Medikaments zu sprechen scheinen.

Unsere Beobachtungen bezüglich der Beeinflussung der Gonorrhoe durch intravenöse Trypaflavinbehandlung erstrecken sich auf 18 gonorrhoisch erkrankte Frauen und 2 Patientinnen mit unspezifischem Fluor. Von den Gonorrhoikerinnen hatten 11 Urethritis + Zervizitis, 6 Zervizitis allein, 1 Fall Urethritis und gleichzeitig ein Gonokokkennest in der vaginalen Narbe nach Totalexstirpation des Uterus. Unter diesen Fällen fand sich 4mal eine einseitige Bartholinitis. Von den Patientinnen mit alleiniger akuter Zervizitis waren 3 Fälle nach 9—13 Injektionen ausgeheilt, zwei verließen nach längerer Behandlung aus äußeren Gründen ungeheilt die Klinik, eine Patientin blieb hartnäckig, gonokokkenpositiv, und brachen wir nach 15 Injektionen die Behandlung ab.

Tabelle 1

	Zahl der Fälle	Zerviz. geheilt	Zerviz. nicht geheilt	Urethr. geheilt	Urethr. nicht geheilt
Zervizitis allein	6	3	3	—	—
Zervizitis + Urethritis . . .	11	5	6	1	10
Urethritis + Ulcus gon. . . .	1	—	—	1	—
Summe	18	8	9	2	10

Von den Fällen mit Urethritis + Zervizitis wurde nur ein Fall komplett ausgeheilt (nach 6 Injektionen resp. 15tägiger Behandlung), bei 5 Patientinnen konnte nach 6—14 Injektionen ein Negativwerden des Zervikalsekretes erzielt werden, während die Urethritis weiter bestehen blieb. 5 Fälle verhielten sich gänzlich refraktär. Die chronische Bartholinitis schwand in 2 Fällen, während sie in den beiden anderen bestehen blieb. Die kürzeste Heilungsdauer erzielten wir bei der Patientin mit dem Gonokokkennest in der Exstirpationsnarbe, nämlich 10 Tage (5 Injektionen). Eklatant war die Wirkung in einem Falle chronischer Gonorrhoe, bei dem wir durch 3monatige, in üblicher Weise durchgeführte Behandlung nur eine Heilung der Urethritis erzielten, während in der Zervix immer noch Gonokokken gefunden wurden. Die Patientin erhielt nun 6 Injektionen Trypaflavin und blieb seither dauernd negativ.

Was die beiden Fälle mit unspezifischem Fluor anlangt, so konnten wir in beiden Fällen nach 6—8 Injektionen eine bedeutende Besserung konstatieren.

Tabelle 1 zeigt in kurzer Übersicht die besprochenen Ergebnisse. Die Urethritis als solche läßt sich durch die intravenöse Behandlung allein

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES REMOVED.

kaum beeinflussen. Hingegen scheint die Zervizitis, wenn auch nur in einem Teil der Fälle, gut beeinflußbar zu sein. Die abzulehnenden Fälle wurden eingehend überprüft (intravenöse Provokation mit Gonoyatren, Präparatabnahme durch 14 Tage jeden zweiten Tag, in allen zweifelhaften Fällen Färbung nach GRAM).

Nun zu den Ergebnissen bei lokaler Anwendung des Trypaflavins:

Tabelle 2

Zeit	unkomplizierte Gon. anterior u. posterior	Gon. mit Komplikationen
in 10 Tagen . . .	16	—
in 15 Tagen . . .	32	—
in 20 Tagen . . .	25	—
in 30 Tagen . . .	19	18
in über 30 Tagen .	—	6
Gesamtbehandlungsdauer	1584 Tage	670 Tage

Nach verschiedenen Vorversuchen hat sich uns eine Konzentration von 3:10 000 Trypaflavin, in warmem Aqua dest. gelöst, als reizlos und besonders günstig erwiesen. Im Interesse einer einheitlichen Beurteilung wurde diese Konzentration sowohl bei subakuter Gon. anterior als auch bei Gon. posterior (mit und ohne Komplikationen) beibehalten. Mit dieser Lösung wurden täglich zwei tiefe Janet-Spülungen à 1½ Liter durchgeführt.

Für die Behandlung der Anterior acuta haben wir im Vorversuch höher konzentrierte Lösungen (die höchste 1,5:1000) 3mal täglich mit der gewöhnlichen Tripperspritze injizieren lassen; da jedoch bereits nach 2—3tägiger Behandlungsdauer die Patienten über heftige Schmerzen klagten und die bestehenden Entzündungserscheinungen eher zu- als abnahmen, sahen wir uns gezwungen, diese Applikationsweise zu verlassen. Somit nehmen wir gleich vorweg, daß die Behandlung der unkomplizierten Anterior acuta mit Lösungen von höherer Konzentration in der Absicht, eine rasche Heilung zu forcieren, keinen Erfolg verspricht.

Hingegen hat sich in allen anderen behandelten Fällen (nach Abklingen der akuten Erscheinungen auch in den akuten Anteriorfällen) die Janet-Spülung in der oben angegebenen Konzentration bestens bewährt. Tabelle 2 orientiert über die Behandlungsergebnisse und gibt ein Bild über die überraschend kurze Heilungsdauer.

Insgesamt haben die tabellarisch festgehaltenen 116 Fälle 2254 Behandlungstage erfordert. Die Behandlungsdauer beträgt somit im Mittel pro Fall 19½ Tage. Bringt man nun die 670 Behandlungstage, welche allein auf die 24 Fälle mit Epididymitis und Prostatitis fallen, in Abzug, so verkürzt sich die durchschnittliche Behandlungszeit sogar auf nur 17 Tage. Jedoch auch bei den Epididymitiden und Prostatitiden ist die Wirkung des Trypaflavins eigentlich ebenso prompt wie in allen anderen Fällen. Denn wenn auch die Gesamtbehandlungsdauer in diesen Fällen

Digitized by Google

länger war, so ist hierbei zu bedenken, daß wir durchschnittlich 12 Tage warten mußten, bis wir mit der Lokalbehandlung beginnen konnten. Während dieser Zeit beschränkten wir uns auf Vakzinetherapie und zweimal täglicher Reinigung der Anterior und nahmen die Trypaflavinspülungen erst nach Abklingen der akuten Erscheinungen auf. Vergleicht man nun die Zahlenwerte, welche sich nach Abzug dieser 12 Tage im Durchschnitt ergeben, mit der Behandlungsdauer der unkomplizierten Gonorrhoe, so ersieht man, daß auch die Fälle mit schweren Komplikationen nach Einsetzen der Trypaflavinbehandlung in ebenso rascher Zeit gonokokkenfrei wurden.

Die kürzeste Zeit, in welcher ein Patient mit unkomplizierter Anterior die Klinik verließ, betrug 7 Tage. Der Urin klärte sich in durchschnittlich 11 Tagen, nur geringe Spuren von Schleim blieben zurück.

Vor der Entlassung wurde jeder Patient einer Provokation mit Knopfsonde und nachfolgender Instillation reizender Lösungen unterzogen. War in den darauffolgenden 3 Tagen das mikroskopische Bild vollkommen einwandfrei, wurde der Patient entlassen. Während der bis heute 4 Monate betragenden Beobachtungsdauer ist kein Rezidiv bekannt geworden.

Eine ungünstige Beeinflussung konstatierten wir nur in einem einzigen Falle; es handelte sich um eine subakte Epididymitis, zu welcher sich im Laufe der Behandlung eine Funikulitis gesellte. Dieser Patient steht heute noch in Behandlung.

Zusammenfassung

1. Die Farbstoffbehandlung der Gonorrhoe unter besonderer Berücksichtigung des Trypaflavins scheint bei lokaler Applikation den Silbersalzen überlegen zu sein. Aus praktischen und anatomischen Gründen ist ihre Domäne die Gonorrhoe des Mannes, wobei sich hierzu subakute und chronische Fälle gleich gut eignen. Die Heilungsdauer ist überraschend kurz (durchschnittlich 19½ Tage). Die Behandlung in Form der JANETschen Spülungen (Konzentration 3:10 000) wird ausgezeichnet vertragen. Ein Nachteil liegt in der intensiv gelben Verfärbung der Haut und Wäsche.

2. Die intravenöse Applikation der derzeit im Handel befindlichen 2%igen Lösung hat die an sie gestellten Erwartungen nicht ganz erfüllt. Doch steht einwandfrei fest, daß Zervizitiden in manchen Fällen ohne weitere Lokalbehandlung zur Ausheilung kommen. Vielleicht könnten die Erfolge der intravenösen Farbbehandlung durch Änderungen der Konzentration oder der chemischen Struktur gesteigert werden.

Jedenfalls stellt das Trypaflavin als lokales Antigonorrhoikum eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes dar.

Digitized by Google

Versammlungen

Odessaer Dermatologische und Venereologische Gesellschaft

Sitzung vom 3. November 1926

Artemenko und Babadschan: Kranke, die 3 Jahre in Turkestan lebte und dasselbe vor 8 Monaten mit **Hautleishmaniose** behaftet verließ; geheilt durch 4 Neosalvarsaninjektionen. Mikroskopisch bestätigter Fall.

Linani und Israelson: Fall von **Hautleishmaniose** bei einem Kranken, der vor 9 Monaten von Turkestan, wo er $1^1/_2$ Jahre verweilte, kam. Das Leiden trat vor 5 Monaten auf. Bei der Ehefrau des Pat. wurde dieselbe Erkrankung diagnostiziert. Mikroskopisch bestätigt.

Mgebrow und Landa: 38jähr. Wäscherin mit **Erythema nodosum syphiliticum.** Syphilis ignorata. Krank, nach den Resultaten der Schwangerschaften zu urteilen, seit 16—17 Jahren. Bei Aufnahme ins Institut (1 Monat vor der Vorstellung) zeigte Kranke an der vorderen Seite der unteren Extremitäten, inbesondere an den Unterschenkeln symmetrisch angeordnete, indolente (nur 2—3 größere Knoten an den Unterschenkeln weisen leichtes Jucken und Druckschmerzhaftigkeit auf) lila- oder braunrote derbe dermo-epidermale Knoten, an den Oberschenkeln erbsen- bis bohnengroß (je 3 auf jeder Seite) an den Unterschenkeln bohnen- bis walnußgroß (7 links und 5 rechts). Die Knoteneruption war vor 2 Wochen ohne Temperaturerhöhung und ohne Gelenkschmerzen aufgetreten. WR +, nach 1 Woche wiederholte WR ++, Luetinreaktion stark positiv, begleitet von Schmerzhaftigkeit, Vergrößerung und Derbheitzunahme der Knoten. Pirquet —. Nach 2 Bi-Injektionen waren die Knoten bereits im Rückgang begriffen und zur Zeit der Demonstration (6 Wochen nach ihrem Erscheinen) zwar noch alle vorhanden, doch viel verkleinert. Resultate der histologischen Untersuchung und der spezifischen Behandlung s. Protokoll vom 16. Februar 1927. In der Aussprache berichtet M. G. Mgebrow, daß er einen Fall von Erythema nodosum syphiliticum bei einem Kranken, der den Tertiarismus durea gemacht hatte, beobachtet habe. S. S. Jakowlew meint, daß hier das Erythem auf der gewöhnlichen Ursache beruhe, nur daß es bei einer Syphilitischen einen besonderen Verlauf genommen habe (Fehlen akuter Erscheinungen).

Mgebrow und Löwenson stellten eine Kranke mit einem **Gumma,** das Erythema induratum vortäuschte, vor. 43jähr. Wäscherin, seit 28 Jahren verheiratet, erster Ehemann Syphilitiker; 5 Schwangerschaften durchgemacht, wovon ein Kind totgeboren, eins 3 Tage nach der Geburt gestorben und eins 1 Jahr alt an Konvulsionen zugrunde gegangen; hernach folgte ein Abort im 4. Monat. Vor 14 Monaten erschien an der vorderen Unterschenkelfläche ein Knoten, der nach 6monatigem Bestehen unter Zurücklassung einer leichten Impression und eines bläulichen Fleckes resorbiert wurde, dann traten nebenan und über der anderen Seite der Tibia Knoten auf. An der vorderen Fläche des Unterschenkels befinden sich 2 flache dermo-epidermale Knoten, einer medial 50 Kopekenstückgroß, der andere lateral kinderhandtellergroß, fühlt sich wie aus 5 konfluierten Knoten bestehend an. Beide Knoten sind von der gesunden Haut scharf begrenzt, nicht prominent, von derber Konsistenz, mit der Unterlage nicht verbacken; die Haut über ihnen ist rötlichblau, nicht faltbar, weist außer der Verfärbung keine Veränderungen auf. Die Affektion ist indolent, nur bei Palpation leicht schmerzhaft. Neben dem inneren Knoten, mehr nach außen, an der Stelle der gewesenen primären Affektion fühlt sich eine leichte Vertiefung an, über welcher die Haut normal weder atrophischen noch narbigen Charakters ist; nur ihre Farbe ist etwas bläulich. Ungemeine Ähnlichkeit mit Erythema induratum. WR, Pirquet und Luetin negativ. Jodkali (es wurde 200,0 4 % JK verordnet) rief nach erster Tagesdose starke Rötung der ganzen Affektion, die wie geschwollen aussah, hervor, dann ging die Reaktion zurück und die Knoten flachten sogar ein wenig ab. Verff. betrachten das Erythema induratum als ein Syndrom fast immer tuberkulösen, in manchen Fällen aber auch syphilitischen Ursprungs; letzteres insbesondere bei Personen mit variköse m Symptomenkomplex und bei denen, deren Beruf andauerndes Verweilen auf den Füßen erheischt, wie es bei vorgestellter Kranken der Fall ist. Resultate der histologischen Untersuchung und der spezifischen Behandlung s. Protokoll vom 6. Februar 1927.

Besproswanaja zeigte eine Kranke mit nach erlittenem Trauma entstandener gummöser Affektion der Ohrmuschel.

Digitized by Google

Bubermann: Fall von **Nodosité iuxta-articulaire** Jeanselme-Jutz in Gestalt eines pflaumengroßen Knotens in der Trochanter-major-Gegend bei einem 33jähr. an tuberkulöser Syphilis leidenden Kranken, der sich vor 7 Jahren infizierte.

Unikel und Faingold demonstrierten einen Kranken mit **Porokeratosis**, 22 Jahre alt, krank seit 8 Jahren. An der Nase, Wangen und Lippen auf dem Grunde einer Rosazea befinden sich etwa 50 erbsengroße Herde vereinzelt oder in Gruppen angeordnet, im Zentrum von blaßgrauer Farbe und atrophisch, an der Peripherie mit einem kirschroten sich rauh anfühlenden Wall. An der Dorsalfläche der linken Hand und der linken kleinen Zehe befindet sich je ein Herd, welcher bei letzterer innerhalb des Walls eine ringförmige Furche aufweist. Die dargestellten histologischen Schnitte erwiesen sich als typisch für diese Erkrankung.

Sissin stellte eine Kranke, eine angeborene Syphilitische, mit multipler **gummöser Affektion der Gelenke** vor. Die 16jähr. Patientin mit parenchimatöser Keratitis, Hutschinsonschen Zähnen und Sattelnase leidet seit 10 Jahren an einer gummösen Affektion der Haut und Gelenke. Beide Ellenbogen-, beide Knie- und das linke Fußgelenk sind in Mitleidenschaft gezogen. Beigebrachte Röntgenbilder illustrieren die Veränderungen der Knochen und Gelenke, Ostitis und Periostitis, das Knochengewebe ist vielfach von kleinen Höhlen durchsetzt (zerfallene Gummata) und haben eine fleckförmige Struktur.

Stark demonstrierte eine Kranke mit einem **Riesenschanker am Oberschenkel** und einem gewöhnlichen Ausschlag von syphilitischen Papeln und Lichen syphil. An der inneren Fläche des linken Oberschenkels ein Querfinger weit von der großen Lippe befindet sich ein ovaler, 5 cm langer, 2,5 cm breiter und 0,5 cm das Hautniveau überragender Schanker. Über den Körper Aussaat von Papeln. An Brust, Bauch und Innenflächen der Extremitäten Plaques von 10-Pfennig- bis 5-Markstückgröße, bestehend aus fast konfluierten miliären Papeln von kupferroter Farbe, aber mit einem Stich ins Gelbe, stellenweise schmutziggelb, stellenweise mit fetten Schuppen bedeckt. In der Aussprache hebt Mgebrow das hervor, daß das lichenoide Syphilid auf seborrhoischem Boden sein gewöhnliches Aussehen änderte, indem es Herden von seborrhoischem Typus ähnlich wurde. Jakowlew findet das Interessante an den Einzelheiten — Riesenschanker mit gleichzeitigen groß- und kleinpapulösen Ausschlägen, welche gewöhnlich bei Rezidiven vorkommen.

Sitzung vom 17. November 1926

Unikel: 1. Fall von **Orientbeule** bei einem 22jähr. Kaufmann, der von 1920 bis 1925 in Turkestan lebte und vor 7 Monaten erkrankte.

2. Fall von **Erythema exsudativum polymorphe haemorrhagicum** mit Polyarthritis und hoher Temperatur. 23jähriger Mann. Die Gelenkschmerzen und der Ausschlag traten einige Tage nach überstandener Angina auf. Über den ganzen Körper, Gesicht und Schleimhäuten (Mundhöhle, Nase) reichliche Aussaat des exudativen Exanthems, das stellenweise Blasenbildung, stellenweise Hämorrhagien in verschiedenen Entwicklungsstadien aufweist. Es bestehen auch rapid sich entwickelnde und schnell wieder zurückgehende ödematöse Bezirke vom Quinkeschen Typus. Stomatitiserscheinungen. Ödem und Exsudation in dem Radiokarpal- und Kniegelenk, die deren aktive und passive Bewegungen behindern. Thrombozytenzahl 140000—170000. Blutgerinnung 9 Min. WR —. Harn: Eiweiß 0,25—0,5‰, einzelne Erythrozyten und Hyalinzylinder. Endokarditiserscheinungen. Vorträger weist auf den hier augenscheinlichen Zusammenhang zwischen Erythema exsudativum polymorph. und Purpura hin.

Bubermann: Fall von **weichem Geschwür** am Fußrücken, das 2 Wochen nach Ulcera mollia penis erschien.

Mgebrow und Löwenson: Zur Kasuistik der **Kurpfuscherheilmethoden**: Ausgedehnte Narben nach Verätzung von Psoriasisherden mit starker Schwefelsäure. (Aus der Frauenpoliklinik.) 31jähr. Frau. Die Außenflächen der Vorderarme, die Ellenbogen, die rechte Hinterbacke, beide Oberschenkel, Knie und Unterschenkel sind fast in toto mit ausgedehnten verschieden großen und verschieden gestalteten, bald atrophischen, bald hypertrophischen, stellenweise mit der Unterlage verlöteten, an manchen Stellen ganz wie syphilitische aussehenden Narben bedeckt. Neben letzteren Psoriasis-vulgaris-Herde. Alle diese Narben sind nach Angabe der Kranken vor 18 Jahren nach durch Verätzung mit Schwefelsäure entstandenen Wunden zurückgeblieben, wobei ihr Zustand so schwer gewesen sei, daß sie 6 Monate in einem Krankenhause zubringen mußte. Es wurde so auf Rat einer Kurpfuscherin verfahren.

Digitized by Google

Landesmann und Mgebrow demonstrierten einen Fall von Haarausfall bei einem Kranken mit Sykosis, der nach Buschke und Langers kombinierter Methode gleichzeitig mit Thallium (intern) und Röntgenbestrahlung behandelt wurde. Pat. erhielt eine halbe Dosis des Präparates (0,004 pro Kilo) und je $^1/_8$ ED auf einen Gesichtsbezirk. Unter Schmerzen in den Extremitäten und schlechtem Allgemeinbefinden trat nach 2 Wochen vollständige Epilation der behaarten Stellen des Gesichtes ein.

Motornow und Kalsada: Das Geschlechtsleben der männlichen Jugend in Odessa und in seinem Umkreise. Die Enqueten wurden von Ärzten durch persönliches Befragen ausgefüllt; von 3947 Männern waren 9,5% im Alter von 22 Jahren und 5% 23jährige, 70% Stadtbewohner und 30% Landleute. Geschlechtsverkehr hatten 92,2%, nicht verkehrt 7,8%. Überstandene venerische Krankheiten konnten bei 13,6% verzeichnet werden, und zwar bei den Stadtbewohnern 9,8%, bei den Landleuten 3,8%, 23% übten den ersten geschlechtlichen Verkehr mit Prostituierten aus. Die Anzahl der sich der Prostituierten bedienenden betrug 39,5%. In Ehe standen 33,5%; von ihnen hatten 15% eine venerische Krankheit überstanden. Außerehelichen Verkehr nach der Verheiratung hatten bei den Stadtbewohnern 12,4%, bei Landleuten 3%.

Loss: Über **Syphilisbekämpfung in „Karatschay"** im Winter 1926. Bericht über eine dreimonatige Arbeit eines provisorischen Dispensaires.

Sitzung vom 1. Dezember 1926

Mgebrow und Goldenberg (Glawtsche-Institut): Atypische **Mycosis fungoides.** 47jähr. Mann, krank seit 2 Jahren. Fast die ganze Oberfläche des Körpers ist von lichenoiden, rotbronzefarbenen, zentral intensiver verfärbten, zur Peripherie allmählich in die Farbe der gesunden Haut übergehenden, leicht infiltrierten Scheiben, auf deren Grund kleine dunklere, weiche hanf- und hirsekorngroße Knötchen verstreut sind, eingenommen. Manche weisen im Zentrum erbsen- bis bohnengroße Knötchen von derber Konsistenz beim Durchbohren der Haut auf, über welchen, die Nadel in eine weiche, leicht dissoziierbare Masse gerät. Starker Juckreiz. Leisten-, Axillar- und Halsdrüsen bis zum Umfang einer Erbse vergrößert. Sensibilität der Haut über den Knoten etwas erhöht. Geringe Monozytose (14%). Die histologische Untersuchung ergab das für Mycosis fungoides charakteristische Bild, aber mit Riesenzellen vom Sternbergschen Typus. Auf Röntgenbestrahlung und Arsen wurden die Knoten weicher und kleiner, doch die lichenoiden Herde blieben unverändert.

Feldmann (Glawtsche-Institut): Fall von **Superinfektion** bei später **kongenitaler Syphilis.** Angeborener Luetiker, 28 Jahre alt; in Beobachtung seit 6 Jahren. 1921 beiderseitige parenchimatöse Keratitis. WR ++. Entzog sich der Behandlung. 1923 3 typische Primäraffekte am Penis mit stark ausgesprochener Skleroadenitis der Inguinae. Sp. pal. +. WR stark positiv. Die Keratitis noch vorhanden, aber ein wenig zurückgegangen. Kur von 15 Airolemulsioninjektionen (10%) zu je 2,0. Nach 4 Einspritzungen Abheilen der Sklerosen. Während der Behandlung allmähliche Resorption der Keratitis und Besserung des Sehvermögens. Gegen Ende der Kur die Hornhauttrübung mit unbewaffnetem Auge kaum noch zu sehen. 1924, 1925 und 1927 WR —. Der Augenarzt findet nur Spuren der Keratitis.

Feldmann und Sinani (Glawtsche-Institut): Fall von wahrscheinlicher **Superinfektion** bei später **kongenitaler Syphilis.** 22jähr. Kranker. Vor 2 Jahren doppelseitige Kerato-Irido-Zyelitis bei negativem Wassermann und normalem Liquor. Die spezifische Therapie (Neo 0,3, 0,3, 0,45 und KI 22,0) ergab binnen 10 Tagen (!) der Behandlung keine Besserung. Pat. ließ sich wieder auf die Augenanstalt aufnehmen, wo eine Tuberkulinkur eingeleitet wurde, worauf Besserung eintrat, die Hornhauttrübung aber blieb. Vor 3 Monaten kam er auf die Abteilung des Glawtsche-Instituts mit Geschwüren am Glied von zweiwöchiger Dauer. Die Mutter des Kranken hat 9 Schwangerschaften durchgemacht: 2 Frühgeburten toter Kinder, ein Zwilling und von den übrigen zur Zeit geborenen, sind drei im Alter bis zu 4 Jahren an unbekannter Ursache gestorben. Das Augenleiden begann vor 9 Jahren. Dystrophien: etwas hervortretende Stirn- und Scheitelhöcker, schwach ausgesprochene Sattelnase und weit voneinanderstehende Zähne. Von den oberen Schneidezähnen sind die distalen zweimal schmäler als normal und alle weisen Erosionen auf. An beiden Augen Keratitis mit stark ausgesprochenen hinteren Synechien. Visus oc. d. 0,25, oc. sin. 0,3. Zu gleicher Zeit bestehen am Penis zwei typische Primäraffekte mit indolenter, derber Lymphangoitis und Skleroadenitis der Leistengegend. Wassermann stark positiv. Nach einer Einspritzung von 0,6 Neo Roseola. Weitere 6,0 Neo, 20 Injektionen von 10% Xeroformemulsion zu je 1,0 und 50,0 Jodkali brachten die

Digitized by Google

Frischsyphiliserscheinungen zum Verschwinden, führten zugleich zur Resorption der Hornhauttrübung und Besserung des Sehvermögens, was auch objektiv zu verzeichnen war: Visus oc. d. 0,5, oc. sin. 0,3.

Chodorow und Faingold (Arbeiterpoliklinik): demonstrierten Kranke mit **Chromgeschwüren** und die histologischen Präparate der letzteren und berichteten über die Ergebnisse der Besichtigung der Chromfabrik. Von den 33 untersuchten Arbeitern erwiesen sich als krank 23. Von den Nichterkrankten waren 5 nicht direkt an dem Erzeugen der Chromsäure beteiligt, zwei erst vor 2 Wochen angekommen und nur drei arbeiteten seit Jahren in der Fabrik. Die Inkubationszeit betrug bei den meisten $1^1/_2$ bis 2 Monate, bei einem aber nur 3 Wochen und bei einem sogar nur 3 Tage. Das klinische Bild der Geschwüre, ihr Sitz, Verlauf und der histologische Befund bieten keine Besonderheiten. Interessant sind nur 2 Lokalisationen: in 2 Fällen am Nagelfalz (täuscht Panaritium vor), in einem am Handteller. Von den Schleimhäuten war nur die der Nase befallen: Beginn mit Schnupfen, Ulzeration gewöhnlich am Septum bis 2 cm vom äußeren Rand entfernt; in den vorgeschrittenen Fällen kam es zur Perforation (in 21% der Fälle).

Kaplun (Glawtsche-Institut): stellte einen Kranken mit **Tabes dorsalis** und Gummata an Einstichstellen von vor 29 Jahren erhaltenen Hg-Injektionen vor. Seitdem wurde Kranker nicht behandelt. Schnelle Besserung auf Jodkali und Bijochinol (Bi-Jod-Chinin).

Feldmaun und Chodorow (Glawtsche-Institut): Fall von jugendlicher **Tabes dorsalis** auf kongenital syphilitischer Grundlage. 16jähr. Schwerarbeiter gibt an, vor 11 Monaten erkrankt zu sein, als Herabsetzung des Sehvermögens, Schwerhörigkeit und Incontinentio urinae eintraten. Erhielt dann 20 Bi-Injektionen, 3,0 Neo und 100,0 Jodkali, welche die Augen- und Ohrenerscheinungen gut beeinflußten. Nach 2 Monaten mußte die 2. Kur nach 5 Bi-Injektionen und 2 Neo wegen Verminderung der Sehkraft unterbrochen werden. Schlechter Ernährungszustand. Zahlreiche Dystrophien. Am oberen Drittel des rechten Unterschenkels Hyperostosis. Im Harn 0,033% Eiweiß und einzelne Hyalinzylinder. Nervensystem: leichter Romberg, Fehlen der Sehnen- und Pupillenreflexe, Mydriasis, Anisoekorie, Atrophie der Sehnerven, visus oc. d. $^1/_{30}$ oc. sin $^1/_{100}$. Taubheit wegen Befallensein des Ramus cochlearis; Incontitientio urinae; Blutwassermann ++++. Liquor: Leuk. 35, Ph I +, Pandy ++, Weichbrodt ++, Eiweiß 0,4‰, mastix —, WR im ätiologischen Liquor — bei 0,1 und ++ bei 0,2; WR im inaktiven Liquor. —

Choroschin (Glawtsche-Institut): Vortrag über die Registrierung der Geschlechtskranken in den ländlichen Sanitätsbezirken. Vortrag. äußert sich dahin, daß, trotz der planmäßigen Entwicklung spezialer, venerologischer Hilfe auf dem Lande, die Registrierung der Geschlechtskranken in den ärztlichen Bezirken, die eine beträchtliche Zahl der Veneriker erfassen, ihre enorme Bedeutung nicht einbüßt. Auf den allgemeinen Registrierungskarten für die Erstbesucher in den Bezirken, sollen die Geschlechtskranken nach einer neuen Nomenklatur registriert werden und zwar: S I, S II recens (bei Vorhandensein des Primäraffektes), S II recidiva, S II latens. S. III activa, S III latens; S. hereditaria act., latens. Für Blennorrhoe: acuta und chronica. Nach dieser Nomenklatur wird Zunahme der Frischsyphilis und die soziale Gefährdung jeder Form festgestellt.

G. Landa.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1927, Jahrg. 3, Nr. 3

Chéloïdes et syphilis (Keloide und Syphilis), von H. Gougerot und H. Cohen. S. 132. Keloide auf syphilitischen Narben sind in Europa ziemlich selten. Verff. unterscheiden Narbenkeloide auf luetischen Narben, vor der Vernarbung auftretende periulzeröse Keloide, Keloide bei Gummen im aktiven Zustand und endlich Keloide

Digitized by Google

unabhängig von Syphilis bei Luetikern. Verf. vertritt den von Beurmann und Clara vor ihm gebrachten Gedanken des tuberkulösen Ursprungs des Keloids bei Syphilitikern. Gleichwohl kann seltenerweise die Lues allein auch einmal ein Keloid machen. In der Regel ist dazu die Anwesenheit des Tuberkelbazillus und außerdem ein speziell fibroblastisches Terrain erforderlich.

Etude sur une première épidémie de microsporie en Roumanie (Studie über eine erstmalige Mikrosporieepidemie in Rumänien), von S. Théodorescou, Derm. Kl., Bukarest. S. 142. In Rumänien gab es bisher noch keine Mikrosporie. Die Epidemie unterschied sich in nichts Wesentlichem von der Mikrosporie unserer Breite. Heilung wurde durch Röntgenepilation erreicht.

Pathogénie des accidents et éruptions de sérum (Pathogenese der Serumkrankheit), von G. Milian. S. 147. Diese ist nach Milian nicht nur, wie meist angenommen, sog. anaphylaktischer Herkunft. Er spricht sie vielmehr als vielfach rein infektiös bedingt an. Speziell die Serumurtikaria ist infektiöser Natur. Verf. betrachtet den Streptokokkus, der trotz sorgfältiger Sterilisierung der Seren einmal darin verbleiben könne, als Hauptursache.

Fibro-myome sur lupus (Fibromyom auf Lupus), von G. Milian und L. Périn. S. 152. Lupus ist in der Regel nur mit Karzinom vergesellschaftet. Hier wird ein Fall von Lupus veröffentlicht, auf dem sich ein Fibromyom entwickelte. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um eine Übergangsform zwischen Fibroleiomyom und Sarkom handelte.

Névrite cubitale, abolition des réflexes achilléens, au cours d'une roséole syphilitique chez un vieillard de 67 ans, guérison par le novoarsénobenzol aux doses massives (Kubitalneuritis, Aufhebung der Achillessehnenreflexe im Verlauf einer Roseola syphilitica bei einem 67jähr. Greis, Heilung durch Salvarsan in hohen Dosen), von G. Milian. S. 159. Eigentümlicher Fall sekundärer Lues mit besonderer Beteiligung und Früherkrankung des Nervensystems. Nachdem die Erscheinungen gegen Hg sich völlig refraktär verhalten, gingen sämtliche Symptome einschließlich Wassermann auf große Dosen Salvarsan prompt zurück.

Pommade antipsorique. Soufre et savon de potasse (Salbe gegen Psoriasis. Schwefel und Kaliseife), von Veyrières. S. 164.

1927, Jahrg. 3, Nr. 4

Le sulfarsénol zinc dans le traitement de la syphilis (Zinksalvarsan in der Syphilisbehandlung), von M. Pinard und L. Lafourcade. S. 195. Verff. erzielten schnelle und recht zuverlässige Resultate in klinischer und serologischer Beziehung in Übereinstimmung mit den Erfahrungen von Bernhard-Brüssel. Das kombinierte Präparat soll den Vorzug haben, die Salvarsanwirkung zu steigern und dadurch Salvarsan zu sparen Bei frischer Lues wird intravenös so früh wie möglich 0,06 g, nach 4 Stunden 0,6 gegeben. 24 Stunden später wurden Spirochäten nicht mehr gefunden. Im allgemeinen wird die WR nach 3 Wochen negativ.

Maladie de Duhring. Transformation gangréneuse des érosions des pieds. Mort par septicémie (Duhringsche Krankheit. Gangränöse Umwandlung der Erosionen der Füße. Tod an Septikämie), von G. Milian und Delarue. S. 201. 76jähr. Patientin mit schmerzhafter Dermatitis herpetiformis. Das Bild besserte sich zunächst typisch unter Salvarsanbehandlung, an den Füßen entstandene Ulzerationen führten jedoch in unaufhörlicher Verschlechterung zu Sepsis und zum Tode. Die Sektion ergab Sepsis, post mortem wurden in Blutkultur, Haut, Leber, Milz und Knochenmark die Gangränbazillen (Pasteurella gangraenae cutis) reichlich nachgewiesen.

Pyodermite végétante (Maladie de Hallopeau) („Pyodermitis" vegetans [Hallopeausche Krankheit]), von G. Milian. S. 209. 58jähr. Mann mit Pyodermia vegetans, die — differentialdiagnostisch bekanntlich von Wichtigkeit — auf Salvarsan nicht reagierte, dagegen mit Jod rasch geheilt wurde. Beide Unterschenkel (gute Abbildungen) waren mit krustigen Wucherungen bedeckt, in denen sich zahlreiche Diplokokken, Staphylokokken und Leptothrix nachweisen ließen. In der Kultur Staphylokokken, Bazillus cutis communis. Der rechte Name wäre Dermatitis pustulosa vegetans.

Hygiénistes et moralistes (Hygieniker und Moralisten), von D. Thibaut. S. 218. Kurzer und klarer Aufsatz aus der Feder des Chefs des Prostituiertenhauses von St. Louis. Thibaut kommt zu der Folgerung, daß es nicht darauf ankommt, den Geschlechtskrankheiten aus dem Weg zu gehen (Abschaffung der Bordelle), sondern die Kranken gerade zu erfassen, zu kontrollieren und für ihre Ausheilung zu sorgen. Der

Digitized by Google

Prozentsatz derjenigen, die ihre Lues in kontrollierten Bordells akquirierten, ist minimal gegenüber den Erkrankungen durch Verkehr mit Nichtkontrollierten. Das Problem ist vollständig ohne Sentiment anzufassen, sonst wird nie ganze Arbeit geleistet werden.

Etat actuel de nos connaissances sur la nature de l'érythème noueux (Heutiger Stand unserer Kenntnisse von der Natur des Erythema nodosum), von E. Schulmann. S. 225. Die Herkunft des Erythema nodosum ist nicht einheitlich. Es gibt ein Erythema tuberculosum, lueticum, epidemicum, bei verschiedenen Infektionen. Eigene Beobachtung an einem kleinen Material von 12 Fällen, beobachtet in 8 Jahren, lassen Verf. feststellen: Es waren davon 5 Fälle tuberkulöser Natur, 1 Fall verbunden mit sekundärer Lues der Haut und Schleimhäute, 2 Fälle epidemischer Art ohne die Möglichkeit genauerer Aufklärung, 4 Fälle unsicherer Ätiologie. So ist wohl in der Mehrzahl Tuberkulose als Ursache anzusehen, aber andere Infektionen vermögen das gleiche Bild zu machen, so daß das Erythema nodosum als einheitliches Symptom nicht-einheitlicher Allgemeininfektionen anzusprechen ist. H. Lippert-Köln.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Nr. 4, Sitzung vom 7. April 1927

Lortat-Jacob und Legrain: **A propos du procès verbal. Mélanose de Riehl** (Zum Protokoll. Riehlsche Melanose). S. 194. Die Riehlsche Melanose kommt durch Zusammenwirken örtlicher oder toxischer Ursachen, durch photosensibilisierende Substanzen mit allgemeinen, ihrer Natur nach unbekannten Störungen zustande. Daher ihr verhältnismäßig seltenes Vorkommen, trotz Häufigkeit der provozierenden Ursachen, andererseits Vorkommen ganz analoger, als Poikilodermia reticularis pigmentosa beschriebener Fälle bei Kranken, die irritierenden oder photosensibilisierenden Substanzen nicht ausgesetzt waren.

M. Pinard und J. Meyer: **A propos du procès-verbal. Sur un cas de parapsoriasis présenté à la séance de février 1927** (Zum Protokoll. Über einen in der Februarsitzung 1927 vorgestellten Fall von Parapsoriasis). S. 195. Bei dem Falle (Ref. Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 22, S. 747) hat die völlige Unterdrückung von Wein und Brot nach dem Vorschlage von Sabouraud dessen Ansicht recht gegeben, daß es sich auch bei den seit 12 Jahren bestehenden, als Parapsoriasis aufgefaßten Läsionen, wie deren restloses Schwinden beweist, ebenso wie bei den frischen Efflorescenzen an der Stirn um ein einfaches Ekzem handelte.

M. Pinard: **A propos du procès verbal. A propos de la communication de M. Lenormand** (Zum Protokoll. Zu der Mitteilung von M. Lenormand). S. 195. Bei der Abortivbehandlung der Syphilis wird an intensiver Salvarsanbehandlung festgehalten, dagegen kombinierte Behandlung abgelehnt. Sowohl bei intensiver Salvarsan- wie bei intensiver Wismutbehandlung kommen Fälle von Intoleranz vor, und noch häufiger bei gleichzeitiger Verabfolgung beider Medikamente; auch weiß man in diesen Fällen dann nicht, welches Medikament die Schuld trägt.

Hudelo und Rabut: **A propos du procès verbal. Syphilis secondaire, avec sérologie négative** (Sekundäre Syphilis mit negativem serologischem Befunde). S. 195. Dieses Mißverhältnis ist gar nicht so selten und findet sich besonders bei rezidivierenden Sekundärerscheinungen schon vorher behandelter Kranker. Die serologische Untersuchung bildet also eine zweifelhafte Grundlage für die Beurteilung der Behandlung.

Gougerot, Zimmern, Huet und Merklen: **Maladie d'Herxheimer-Pick avec lésions linguales** (Herxheimer-Picksche Krankheit mit Erscheinungen an der Zunge). S. 196. Krankenvorstellung in der nächsten Sitzung.

Hudelo, Dumet, Cailliau und Boissau: **Un cas d'urticaire pigmentaire à forme bulleuse** (Ein Fall von Urticaria pigmentosa von bullöser Form). S. 197. Außer den den ganzen Körper betreffenden gewöhnlichen Erscheinungen der Urticaria pigmentosa finden sich besonders an den Extremitäten und dem Halse Blasenbildungen von der Größe eines Hirsekornes bis zu der einer kleinen Nuß mit klarer oder blutig-seröser Flüssigkeit, die nach einigen Tagen eintrocknen und einen kleinen Pigmentfleck zurücklassen.

Hudelo u. Rabut: **Pigmentation de la muqueuse buccale** (Pigmentierung der Mundschleimhaut). S. 198. Unregelmäßige verästelte Pigmentierungen in Flecken von verschiedener Größe an der Innenfläche der Wangen, Zungenrücken, Zahnfleisch, Lippen.

Digitized by Google

Eine voraufgegangene innerliche Wismutmedikation dürfte nicht als Ursache der Erscheinungen anzusprechen sein, zumal auch die histologische Untersuchung eine Zellinfiltration mit Pigment ergibt, das den Charakter des Melanins zeigt, und sich auch an anderen Stellen des Körpers Pigmentierungen finden. Es liegt also die Annahme einer allgemeinen Störung nahe, wofür Syphilis (ev. kongenital), sympathische oder endokrine Störungen in Betracht kommen, doch ließ sich nichts Bestimmtes in diesen Beziehungen feststellen; hingegen spricht manches für Tuberkulose.

Hudelo, Montlaur und Mornet: **Un cas d'actinomycose cervicale** (Ein Fall von Aktinomykose der Zervikalgegend). S. 201. Weiche, fluktuierende, stellenweise mit Krusten bedeckte Massen, umgeben von erythematöser Infiltration, in der Knoten fühlbar. Mikroskopischer Nachweis der Aktinomykose, der jedoch von Sabouraud nicht für einwandfrei gehalten wird.

Lortat-Jacob und Legrain: **Un cas de „lupus pernio" avec adénopathies et lésions osseuses** (Ein Fall von „Lupus pernio" mit Drüsen- und Knochenerscheinungen). S. 203. Die multiplen Drüsenschwellungen, Mononukleose im Blut, erythematöse Infiltration der Nasenflügel ohne Hyperkeratose und Atrophie entspricht dem Lupus pernio, während harte Infiltrate der Hände mit bläulich-erythematöser, von Narben durchzogener Oberfläche histologisch das Bild des Lupus erythematosus geben. An den Händen, in geringerem Maße an den Füßen, zeigt sich eine ossifizierende Periostitis mit reichlicher Osteophytenbildung. Tuberkulose scheint vorzuliegen. Der Auffassung des Falles als Lupus pernio vom Typus Schaumann tritt Darier aus dem Grunde entgegen, weil die Knochenveränderungen den bei diesem Typus charakteristischen Dekalzifikationen gerade entgegengesetzt sind.

Milian u. J. Delarue: **„Morphoea atrophica". Son origine lépreuse possible** („Morphoea atrophica", möglicherweise auf Grundlage von Lepra). S. 206. Am Halse mehrere weiße, etwas atrophische Flecke mit hyperpigmentierter Umgebung, in deren Bereiche Kutis und Subkutis von einem sklerotischen Prozesse (beträchtliche Vermehrung der kollagenen Fasern) ergriffen sind; Epidermis stellenweise verdünnt, elastisches Gewebe ohne Veränderungen. Die Erscheinungen entsprechen den von anderen beschriebenen Übergangsformen zwischen Sklerodermie en plaques und Hautatrophien. Es sprechen verschiedene Verdachtsmomente für die Möglichkeit einer Lepra, doch konnten Leprabazillen nicht nachgewiesen werden.

P. Ravaut u. J. Vibert: **Un cas de poradéno-lymphite. Recherches faites dans le but d'éliminer la chancrelle** (Ein Fall von Lymphogranulomatosis inguinalis. Untersuchung zur Sicherung der Diagnose gegen weichen Schanker). S. 210. Die Frage der Besonderheit des von Nicolas und Favre aufgestellten Krankheitsbildes oder des Vorliegens eines durch Bubo komplizierten weichen Schankers ist noch nicht geklärt. In dem beschriebenen Falle fand sich neben einer unscheinbaren Erosion am Frenulum umfangreiche, tumorartige, nicht fluktuierende Schwellung in der linken Leiste, kleinere Drüsenschwellungen an verschiedenen Körperstellen. Die Erosion ist nach Exzision zwecks histologischer Untersuchung schnell geheilt. Streptobazillen weder in ihr noch in dem Bubo nachweisbar, Autoinokulation negativ, ebenso Intradermoreaktion. WR mehrfach negativ, keine Spirochäten. Es ist danach weicher Schanker auszuschließen und Lymphogranulomatose als besonderes Krankheitsbild anzunehmen.

P. Ravaut u. J. Vibert: **Deux cas de kératose folliculaire avec bouton d'huile dans l'un et mélanose dans l'autre** (Zwei Fälle von Keratosis follicularis, der eine mit Öl-Akne, der andere mit Melanose). S. 214. In beiden Fällen handelte es sich um Arbeiter, die mit mineralischen Ölen und Petroleum zu tun hatten. Der eine Fall gehört zur Riehlschen Melanose, mit der hier wie oft eine an Pityriasis rubra pilaris erinnernde follikuläre Pigmentierung verbunden ist, der andere zum Gebiet der Öl-Akne ohne Melanose, beiden liegen dieselben Elemente zugrunde.

E. François-Dainville u. J. Lançon: **Coexistence chez un même malade de tabès et de syphilides cutanées secondaires avec réactions sérologiques négatives** (Nebeneinanderbestehen bei demselben Kranken von Tabes und sekundären Hautsyphiliden mit negativer WR). S. 216. Syphilis vor 9 Jahren, innerliche Behandlung, vor einem Jahre Tabeserscheinungen mit positiver WR im Blut und Liquor, 2 Wismutkuren, da Salvarsan nicht vertragen. Februar d. J. ausgebreitetes papulo-krustöses Syphilid mit positivem Spirochätenbefund. WR im Blut und Liquor negativ. Erscheinungen der Tabes wie früher nachweisbar. Unter Wismut- und Quecksilberbehandlung Schwinden der Hauterscheinungen mit Pigmentierung. Der Kranke hat mehrere Jahre mit einer an frischer Syphilis leidenden Frau zusammen gelebt. Es wird die Frage der Unität oder Dualität

Digitized by Google

des Syphilisvirus erörtert; möglicherweise liegt eine Superinfektion mit dermotropem Virus bei einem vorher durch neurotropes Virus infizierten Kranken vor.

Louste, Ducourtioux u. Lotte: **Lèpre mixte, cutanée et antonine. Wassermann négativ** (Gemischte Haut- und Nervensyphilis. Negative WR). S. 220. Infiziert während eines kurzen Aufenthaltes in Marokko, erste klinische Erscheinungen nach 10 Jahren. Die negative WR könnte auffallend erscheinen, da sie sonst bei Lepra regelmäßig positiv; doch hängt dieser positive Befund wohl mit einer gleichzeitigen Syphilisinfektion bei den weitgehend durchseuchten tropischen Völkern zusammen.

Louste, Thibaut, R. Cahen u. P. Vanbockstael: **Gangrène sèche par artérite de la région dorsolombaire. Considérations étiologiques** (Trockene Gangrän der Dorsolumbalgegend infolge von Arteritis. Ätiologische Betrachtungen). S. 223. Plötzlich mit starken Allgemeinerscheinungen aufgetreten. Der 73jähr. Kranke zeigt keine Zeichen von Arteriosklerose; Hyperglykämie (kein Diabetes), positive WR. Am wahrscheinlichsten erscheint ein Einfluß der Syphilis auf die Genese der Erkrankung. In der Besprechung wird auf die Möglichkeit eines infektiösen Prozesses hingewiesen.

Louste, Thibaut, R. Cahen u. P. Vanbockstael: **Prurigo chronique à localisation faciale chez un sujet de 15 ans** (Chronische, im Gesicht lokalisierte Prurigo bei einem Kranken von 15 Jahren). S. 226. Die (sehr seltene) Lokalisation im Gesicht hat zur Bildung einer lichenifizierten und pigmentierten Plaque geführt; Jucken seit 12 Jahren.

E. Delmas: **Essai de traitement d'ulcérations chroniques par une pommade radio-active** (Versuch einer Behandlung chronischer Ulzerationen mit einer radio-aktiven Salbe). S. 229. Guter Erfolg einer 6 Mikrogramm Radiumbromid verbunden mit Uranium enthaltenden Nitiumsalbe bei 2 Unterschenkelgeschwüren und einem Falle von Röntgenulkus.

E. Delmas: **Sur un cas de zona gangréneux balanique à vésicules confluentes ayant entraîné une énorme ulcération chancriforme et mutilante du gland** (Über einen Fall von gangränösem Zoster der Vorhaut mit konfluierenden Bläschen, gefolgt von umfangreicher schankerähnlicher und verstümmelnder Ulzeration der Glans). S. 231. Sieht man derartige Fälle erst in voller Entwicklung, so kann die Differentialdiagnose gegen phagedänischen Schanker oder tertiäres phagedänisches Syphilid schwierig sein.

Gougerot, G. Kuß u. Filliol: **Naevus blanc fibreux cicatriciel à bordure angiomateux** (Fibröser narbiger Naevus albus mit angiomatöser Umrandung). S. 233. Angeborene Läsion im Nacken mit einer 5 mm breiten Randzone, die aus dilatierten Kappillaren besteht und einem zentralen weißen, entfärbten, glatten, atrophischen, stellenweise eingesunkenen Abschnitt von narbigem Aussehen. Die Stelle hat sich nach der Geburt allmählich vergrößert, und zwar in einem das normale Wachstum übertreffenden Maße, was im Verein mit dem fortschreitenden angiomatösen Rande und der narbigen Rückbildung die Anschauung stützt, daß die Naevi nicht einfache kongenitale Mißbildungen sondern kongenitale gutartige Neubildungen sind.

H. Gougerot: **Discussion de la malariathérapie préventive des syphilis nerveuses** (Malariabehandlung zur Verhütung der Nervensyphilis). S. 234. Gegen die Annahme, daß man durch präventive Malariabehandlung das Auftreten von Syphilis des Zentralnervensystems verhüten könne, sprechen die Fälle, in denen solche trotz Überstehens natürlicher Malaria aufgetreten ist. Vorstellung eines Kranken mit progressiver Paralyse, der 1916 an Syphilis, 1917—1919 an Malaria mit häufig wiederholten Fieberanfällen erkrankt gewesen ist.

Milian u. Delarue: **Maladie de Duhring pemphigoide. Mort par transformation gangréneuse des érosions des pieds et septicémie à „Pasteurella gangrenae cutis"** (Pemphigusartige Duhringsche Krankheit. Tod durch gangränöse Umwandlung der Erosionen an den Füßen und Septikämie durch „Pasteurella gangraenae cutis"). S. 237.

Lotte: **Zona et varicelle par biotropisme** (Zoster und Varizellen durch Biotropismus). S. 237. Bei einem Kinde, das 2 Monate zuvor an Varizellen erkrankt gewesen war und im Anschluß daran einen Keuchhusten aquiriert hatte, wurde wegen des letzteren eine Vakzinebehandlung eingeleitet, die leichte Erscheinungen von Serumkrankheit mit flüchtigen Erythemen im Gefolge hatte. Unmittelbar danach zeigten sich an der Innenfläche des rechten Beines 3 Erythemflecke, in deren Zentrum schnell durchscheinende Bläschen auftraten, womit sehr starke Schmerzen verbunden waren, gleichzeitig an dem linken Schenkel und der linken Seite spärliche bläschenartige Elemente von varizellösem Typus. Das Nebeneinanderbestehen von Zoster im Gebiet des N. saphenus internus und Varizellen erscheint unzweifelhaft; ihr Auftreten wird durch durch die Vakzine bewirkten Biotropismus erklärt.

Digitized by Google

Ch. Laurentier: **A propos d'un cas de neurodermite axillaire (Fox-Fordyce)** (Über einen Fall von Neurodermitis der Achselhöhle [Fox-Fordyce]). S. 241. In Anlehnung an die Auffassung von Schieferdecker bezüglich einer Beziehung zwischen den apokrinen und den Geschlechtsdrüsen könnte man die bei der Kranken vorliegenden Erscheinungen zu einer endokrinen Störung (infantiler Typus) in Beziehung bringen.

E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Krebs, seine Heilbarkeit und Verhütung, von O. Teutschländer-Heidelberg. (Preis RM. 1.—. Verlag Dr. H. Großberger, Heidelberg 1927.) Aus einem in der Reichsgesundheitswoche gehaltenen Vortrag hervorgegangen, bringt die kleine Schrift des bekannten Krebsforschers in außerordentlich geschickter, populärer und doch wissenschaftlich ernster Weise alles Wissenswerte über Bau, Entstehung, klinische Erscheinungen, Möglichkeit der Verhütung und Möglichkeiten der Heilung des Krebses. Wenn auch einiges entsprechend den Anschauungen des Verf. stark subjektiv gefärbt ist, so gibt das Büchlein doch dem Laien viel Interessantes und Wissenswertes. M. Cohn-Dresden.

Outlines of Common Skin Diseases (Abriß der gewöhnlicheren Hautkrankheiten), von T. C. Gilchrist. (Verlag Williams & Wilkins Company, Baltimore 1927.) Das kleine Kompendium entspricht den seit 20 Jahren am John-Hopkins-Hospital für den Unterricht der Studierenden gebräuchlichen Methoden und soll eine möglichst schnelle Orientierung über die Diagnose einer vorliegenden Dermatose gestatten. Es ist ein ziemlich buntes Gemenge der besprochenen Themen, das einzig und allein auf den praktischen Gebrauch abgestellt ist und uns, selbst bei einem Kompendium, vielleicht etwas eigentümlich anmutet, seinen Zweck aber sicherlich gut erfüllen wird. E. Levin-Berlin.

Diagnostic des principaux cancers, von H. Hartmann. (Preis 10 Fr. Verlag Masson & Cie., Paris 1927.) Unter der Mitarbeit von bedeutenden Fachgelehrten gibt H. Hartmann den praktischen Ärzten ein kleines Werkchen in die Hand, das auf die Frühsymptome des Krebses in den verschiedenen Organen hinweist. Es sind neben präzisen und erschöpfenden klinischen Abgaben die histologischen Befunde mit guten Abbildungen wiedergegeben. Den Dermatologen werden besonders die Artikel interessieren: Diagnostic des cancers de la peau (J. Darier), de la langue (Hartmann), des lèvres (Forgue), de la prostate (Michon), de testicule (Chevassu), de la vessie (Legueu). Das Werkchen kann auch deutschen Lesern empfohlen werden.

Loewenstein-Bad Nauheim.

Sind „Verjüngungskuren" eine „Mode"? — „Nein", von C. Pariser-Bad Harzburg. (Preis RM. 1.—. Verlag H. Kornfeld, Berlin W 1927.) Die Schrift nimmt Stellung gegenüber einer in der D. m. W. (1927, Nr. 6) erschienenen Arbeit, deren Verf. nicht genannt wird, um jeden Eindruck einer persönlichen Polemik zu vermeiden. Pariser tritt mit Nachdruck für die Berechtigung der auf Grund neuzeitlicher Forschung von ihm und A. Loewy inaugurierten Behandlung der Alterserscheinungen mit Organtrockenpräparaten ein; die von beiden Autoren zuerst in die Therapie eingeführten „Rejuven"-präparate haben sich nach den Versuchen Parisers als wirksam bewährt, wenn man sie in Dauerkuren längere Zeit hindurch verabreicht. Die Wirkung, die sich nicht nur in Erotisierungssymptomen, Wiedererwachen oder Hebung der Potenz äußert, sondern auch in sichtbarer Beeinflussung der gesamten Körperfrische und Stimmung, pflegt bei fortgesetzter interner Darreichung von zuerst 4—5mal je 2, später nur 3mal 2 „Rejuventotaltabletten" nach einem Latenzstadium von 4—6 Wochen deutlich zu werden. Vor einer 4—6wöchigen Anwendung ist ein Urteil nicht gewinnbar. Nach Überwindung des Latenzstadiums kann die Darreichung für 3—5 Tage ausgesetzt werden; nach 4 bis 5 Monaten sind auch Pausen von 1—2 Wochen erlaubt, da die Wirkung bei lange behandelten Fällen immer noch geraume Zeit anhält. Die Präparate „Rejuven. mascul. und femin. (Dr. Laboschin, Chem. Fabr. A.-G., Berlin NW 21) tragen den Namen „Rejuven-Testitotal" und „Rejuven-Oototal". Auch dem Präparat Oophorin in seiner heutigen Qualität wird eine gute Wirkung zugesprochen. F. Callomon-Dessau.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Zur Kenntnis der Epidemiologie der venerischen Krankheiten, von A. Buschke, M. Gumpert und E. Langer-Berlin. (M. m. W., 1927, Nr. 19. S. 795.) Das Wesentliche der vorliegenden Arbeit bildet die Anschauung, daß für die Abnahme der Syphilis in den letzten Jahren nicht die moderne heroische Therapie allein, sondern auch wirtschaftliche oder sonst noch unbekannte epidemiologische Gründe in Frage kamen. Auch nach einem Minimum im Jahre 1869 sank die Syphiliskurve in Westeuropa 1877 ganz beträchtlich. Es folgte ein Anstieg bis 1882, ein Minimum 1886—1888, wieder ein Maximum von 1892—1895. Es spricht manches für eine Abhängigkeit dieser Schwankungen von wirtschaftlichen Zuständen (allgemeine wirtschaftliche Depression in Europa 1875—1880). Die Blennorrhoekurve ist in jenen Jahren meist unabhängig von der Syphiliskurve gewesen, zuweilen „zeigt sich ein gewisser Parallelismus, häufig direkt gegenteiliges, häufig völlig indifferentes Verhalten" (!). Betreffs des Ulcus molle ist im Virchow-Krankenhaus in letzter Zeit eine Zunahme, auch der Bubonen, beobachtet. Die mitgeteilten Kurven, die ergeben, daß in Schweden und Finnland (beide mit Meldezwang) in jenem ein Stillstand, in diesem eine Zunahme eintreten ist, lassen bündige Schlüsse schwer zu. M. Cohn-Dresden.

Zur Frage der sozialen Faktoren, welche die Entwicklung des Trippers bei Kindern und bei Erwachsenen begünstigen, von Toptschan. (Moskowskij Medicinski Journal, 1927, Nr. 5.) In Moskau macht sich eine starke Zunahme des Trippers bei Kindern bemerkbar, indem nämlich die Anzahl der Fälle 1920 25 betrug, um allmählich, aber beständig auf 432 im Jahre 1925 zu steigen. In der Poliklinik der urologischen Klinik an der 2. Moskauer Universität wurden in der Zeit vom Oktober 1925 bis zum Mai 1926 beobachtet: 507 Fälle von erstmaligem Tripper, davon 455 bei Männern und 52 bei Frauen. Von den ersteren hatten sich angesteckt: 34% bei Prostituierten, 61% durch anderweitigen Verkehr, 2% bei der Frau, 3% unbekannt, von den Frauen 95% durch den Mann, 5% durch anderweitigen Verkehr. Als Hauptursache sieht Verf. bei den Kindern die Enge der Wohnungsverhältnisse, bei den Männern den Alkohol und die Prostitution an. A. Jordan-Moskau.

Die Tätigkeit der venerologischen Sektion, von Rudnitzki. (Moskowskij Medicinskij Journal, 1927, Nr. 5.) Beschreibung der allmählichen Entwicklung der venerologischen Dispansaire (Vendispansaire) in Moskau, deren Anzahl von 1 im Jahre 1924, auf 5 im Jahre 1926 gestiegen ist, wobei die Anzahl der Kranken, welche diese aufsuchten, von 3 auf 29 Tausend im Jahre gestiegen ist. In bezug auf die venerischen Krankheiten ist die Anzahl der Tripperkranken von 27,6% unter allen Kranken auf 24,1% gefallen, diejenige der Kranken mit Ulcus molle von 2,3% auf 1,3%, ferner diejenige mit Ulcus indur. von 1,9% auf 0,9%, von Syphilis II von 4,9% auf 1,6% und Erbsyphilis von 3,8% auf 2,8% gesunken. Nur diejenige von Neurolues ist gestiegen von 0,5% auf 1,4%. Diese, bis auf die letztere, so günstigen Verhältnisse werden auf den Einfluß der Aufklärungsarbeit zurückgeführt. Im Jahre 1922 fanden bloß 137 derartige Vorträge statt, im Jahre 1926 dagegen 3386. Dagegen ist in Hinsicht der Besuchsziffer der Zuhörer ein kleiner Rückschritt wahrzunehmen, indem im Jahre 1925 3412 aufklärende Erläuterungen 275000 anlockten, im Jahre 1926 die größere Anzahl Vorträge 57246 Personen weniger fesselte; was auf eine gewisse Übersättigung der Arbeiter zurückzuführen ist. Hand in Hand mit dieser behandelnden und aufklärenden Arbeit in Moskau und im Moskauer Gouvernement gingen ferner die Untersuchungen aller Angestellten in verschiedenen Betrieben, die Gründung von 2 Anstalten für tripperkranke Kinder, wie die Untersuchung der Gebärenden und Gründungen von Prophylaktorien, einerseits zur Gesundung der Prostituierten, andererseits für persönlichen Schutz. A. Jordan-Moskau.

Anatomie und Physiologie der Haut

Die Erbanlagen der Eineier, von L. Leven-Elberfeld. (Kl. W., 1927, Nr. 21, S. 998.) Verf. tritt der Ansicht Waardenburgs entgegen (Kl. W., Nr. 6), daß die Differenzen der Tastfiguren an den Fingern eineiiger Zwillinge (E. Z.) paratypisch bedingt seien. Die Tastfiguren sind durch idiotypische Faktoren veranlaßt, ebenso wie bei ein

Digitized by Google

und demselben Individuum die verschiedenen Formen der Tastfiguren an den Fingern der rechten und linken Hand nicht para-, sondern idiotypisch bedingt seien. Es zeigt nur die Erblichkeit der verschiedenen Figuren bei E. Z. die Verschiedenheit der Erbanlagen. Unter den Tastfiguren machen die Wirbel nur 25,65% und die Schleifen 66,95% aus. Es wird hierdurch eine sehr breite Variation bei den E. Z. auf Grund des Überwiegens bzw. Gleichseins der Tastfiguren der Eltern bedingt.

E. Langer-Berlin.

La régénération du dessin de la peau chez les salamandres (Salamandra maculosa forma typica) conservées sur des fonds de différentes couleurs (Die Regeneration der Hautzeichnung bei Salamandern [Salamandra maculosa forma typica], die auf verschiedenfarbigem Grunde gehalten werden), von B. Milojevic. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 4, S. 301.) Entfernt man beim Salamander vollständig einen gelben Fleck und hält die Tiere auf gelbem Grunde, so regeneriert sich der gelbe Farbstoff nicht in normaler Weise, ja in 15% fehlte er ganz. Auf gewöhnlichem Grunde fehlte er bei der Regeneration in 75% und zeigte sich auch in den übrigen Fällen als vermindert; auf schwarzem Grunde fehlte er in 61% und war in den übrigen Fällen vermindert. Entfernt man den gelben Fleck in der Weise, daß ein gelber Rand zurückbleibt, so sieht man auf gelbem Grunde sich schwarze Pigmente bei der Regeneration entwickeln, auf gewöhnlichem Grunde beide Pigmentarten, und auf schwarzem Grunde überwiegt das gelbe Pigment über das schwarze. Entfernt man einen Teil des gelben Fleckes mit einem Teil der schwarzen Nachbarhaut, so sieht man auf gelbem Grunde, daß sich die zurückgebliebene gelbe Hautpartie in 50% vergrößert, aber in keinem Falle sich vollständig gelb regeneriert; auf gewöhnlichem Boden sieht man in der Mehrzahl der Fälle, daß der regenerierte gelbe Fleck kleiner ist als der operierte, während auf schwarzem Boden sich das neugebildete gelbe Pigment vom ursprünglich gelben Farbstoffe abgrenzte. Der Verf. gelangt zum Schlusse, daß die Farbe des Grundes, auf dem die operierten Salamander leben, keinen Einfluß auf die Pigmentbildung der sich regenerierenden Haut habe.

F. Winkler-Wien.

Allgemeine Physiologie

Konstitution und Hautfeuchtigkeit, von M. Berliner und J. Arendt, II. Med. Kl. Charité Berlin. (Zschr. f. kl. M., 1927, Bd. 105, H. 5/6, S. 594.) Die Frage, ob sich durch Prüfungen der Haut auf ihre Feuchtigkeit und Wasserabgabe bestimmte konstitutionelle Wertungen vornehmen lassen, suchen die Verff. durch eine Anzahl neuer Untersuchungen zu lösen. Es ergab sich, daß die individuellen Schwankungen der Wasserabgabe innerhalb eines Tages deutlich (5,6—8,4 mg) sind. Abkühlung durch längeres Liegen ohne Bekleidung in einem mäßig kühlen Raum läßt die Hautfeuchtigkeitsabgabe beim Gesunden bis auf 2 mg sinken. Die gesamten beobachteten Resultate bewegen sich zwischen 0 und 128 mg, am stärksten (112 mg) bei einem Fall von Lymphogranulomatose mit Fieber bis 41°. Geringe Steigerungen der Hautfeuchtigkeit wurden auch im Effekt der parenteralen Proteinkörperinjektion beobachtet, dagegen konnte bei Hyperkeratosis (Ichthyosis universalis) trotz scheinbarer Trockenheit eine völlig normale Wasserabgabe festgestellt werden. Bei Nephrosklerose deutliche Verminderung der Wasserabgabe; bei Diabetes insipidus normale Werte, bei mit Insulin behandeltem Diabetes mellitus deutliche Herabsetzung bis auf 1 mg nach 40 Insulineinspritzungen. Bei Säuglingen liegt die Hautwasserabgabe ungefähr doppelt so hoch wie bei Erwachsenen.

M. Cohn-Dresden.

Das Problem der Gefäßinnervation, von F. Brüning-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 23, S. 962.) Der Gefäßtonus wird durch vasokonstriktorische, efferente Bahnen reguliert, die im wesentlichen mit den spinalen Nerven verlaufen und aus diesen segmentär an die Gefäße herantreten, ferner durch afferente, zum Teil entlang den Gefäßen verlaufende Bahnen, von denen noch nicht feststeht, ob sie dem sympathischen oder spinalen System angehören. Daß nervöse Erregungsvorgänge zentralwärts oder peripherwärts verlaufen können, das beweist immer wieder die nach periarterieller Sympathektomie eintretende Gefäßerweiterung. Bleibt diese Hyperämie aus, dann ist die Operation nicht richtig ausgeführt. Wie die Wirkung der periarteriellen Sympathektomie zu erklären ist, ist noch nicht einwandfrei festgelegt.

F. Harry-Wiesbaden.

Beiträge zur Physiologie der menschlichen Kapillaren. V. Mitteilung. Färbeversuche am Kapillarendothel und die Lymphräume des Papillarkörper-

Digitized by Google

gewebes, von H. Heimberger, Med. u. Nervenkl. Tübingen. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 1/2, S. 17.) Eine einwandfreie vitale Färbung der Kapillarwand ist auch H. nicht gelungen. Dagegen war es ihm möglich, durch Injektion von kolloiden Farben (Trypanblau usw.) in den perikapillären Lymphspalt das Endothelrohr als schmales, gleichmäßig breites, helles Band zwischen dem Blutfaden in der Kapillare und der Farbe im Lymphraum zur Darstellung zu bringen. Von dem Gefäßlymphspalt aus lassen sich mit kolloiden Farben gröbere Spalten im Gewebe und feinste interzelluläre Lymphspalten injizieren. Die Entfärbung des Gewebes erfolgt bei den kolloiden Farben äußerst langsam, bei den Farblösungen (Methylenblau, Neutralrot usw.) rascher. Von diesen zeigen Neutralrot und Jodgrün charakteristischen Farbwechsel in Braun bzw. Violett; auf diesen Farbumschlag (im Papillarkörpergewebe) macht H. besonders aufmerksam, weil uns damit unter Umständen eine Methode in die Hand gegeben ist, den Alkaleszenzgrad des Gewebes mit dem Auge zu bestimmen und seine Veränderung zu verfolgen. Auch könnten diese Beobachtungen durch die Verwendung noch anderer Indikatorfarben erweitert werden und uns Klarheit über die Stoffwechselvorgänge im Gewebe erbringen. M. Stern-München.

Untersuchungen über hormonale Wachstumsantriebe der Brustdrüse unter Einbeziehung des Parabioseverfahrens, von M. Ernst, Chir. Kl. Münchon. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 202, H. 4, S. 231—240.) Parabiose stellt die Nahtvereinigung zweier Warmblüter dar. Es bleibt dabei in mancher Hinsicht eine große Selbständigkeit der Partner bestehen, andererseits gehen Stoffwechselerzeugnisse des einen Tieres auf das andere über. Um nachzuweisen, wie weit im Körper des einen Tieres gebildete Hormone eine Beeinflussung des anderen bewirken, wurden schwangere Ratten mit virginellen vereinigt. Es ergab sich, daß danach die Brustdrüse eines virginellen Tieres zu einer Hyperplasie angeregt wird, die über das normale Maß der Vergrößerung während der Brunst hinausgeht und fast die volle Stärke der Schwangerschaftshyperplasie erreicht. Es findet also tatsächlich ein humoraler Wachstumsantrieb für das Aussprossen der Mamma statt. Ob das Hormon unmittelbar auf dem Blutwege zu der Brustdrüse gelangt oder ob es auf dem Umweg über die Ovarien wirksam wird, ist noch nicht zu sagen. E. Levin-Berlin.

Die Wasserstoffionenkonzentration im Liquor cerebrospinalis, von K. Eskuchen und F. Lickint-Zwickau. (D. m. W., 1927, Nr. 16, S. 651.) Die Wasserstoffionenkonzentration wurde nach einer von Eskuchen ausgearbeiteten Indikatorenmethode unter Zuhilfenahme des Authenrieth-Keiles bestimmt. Der normale p_H-Wert im Liquor schwankt zwischen 7,36 und 7,5. Der Mittelwert beträgt 7,44. Bei Lues, Tabes, Epilepsie, Hydrozephalus, Enzephalitis bestehen keine Abweichungen von der Norm, ebenso bei tuberkulöser Meningitis, Diabetes, Niereninsuffizienz, Eklampsie. Dagegen bei purulenter Meningitis Verschiebung nach der sauren Seite, bei diabetischem Koma starke, bei urämischem Koma normale oder wenig nach der sauren Seite verschobene Werte. Der p_H-Wert des normalen Liquors steigt innerhalb von 24 Stunden durch CO_2-Entweichung auf 8,4. F. Harry-Wiesbaden.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Origine commune des spirochètes et des bacilles fusiformes (Gemeinsamer Ursprung der Spirochäten und fusiformen Bazillen), von G. Sanarelli. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1136—1139.) Im Verlaufe von Untersuchungen an Kulturen von Intestinalspirochäten zeigten sich in 15%iger Gelatine deutlich spirilläre Formen, in Bouillon fand keine Entwicklung statt; setzte man jedoch eine Öse B. mesentericus vulgatus hinzu, so trat eine lebhafte Wucherung beider Keime ein. Unter gewissen Umständen trat nunmehr die auffallende Erscheinung ein, daß die Spirochäten allmählich das Aussehen typischer fusiformer Bazillen annahmen, das sie bei weiteren Passagen teils wieder verloren, teils dauernd festhielten. Die biologischen Eigenschaften der beiden parallel gezüchteten Stämme blieben völlig übereinstimmend; sie werden beide durch ein Serum von durch periodische intravenöse Einspritzungen von Spirochätenkulturen immunisierte Kaninchen agglutiniert. Die mikroskopische Untersuchung des sich entwickelnden Stammes zeigt, daß es sich von vornherein auch um Spirochäten handelt, die jedoch unter verschiedenen Einflüssen die Fähigkeiten verloren haben, völlige und mehrfache Windungen um ihre Achse auszuführen. Es ist danach anzunehmen, daß auch bei den unter pathologischen Verhältnissen sich findenden fuso-spirillären Vereinigungen die beiden Keime von einem gemeinsamen Stamme herrühren, der sich in

Digitized by Google

den mehr nach außen gelegenen Abschnitten bei der Berührung mit der atmosphärischen Luft und unter dem Einfluß dort befindlicher banaler Bakterien zu fusiformen Bakterien entwickelt, während in der Tiefe, in der Nähe des normalen Gewebes sich Spirochäten gewissermaßen in Reinkultur entwickeln. E. Levin-Berlin.

Das gewebsbiologische Verhalten der Bakterien. II. Das Verhalten der wichtigsten aëroben menschenpathologischen Bakterien in der Haut des Kaninchens, von H. Dold, Inst. E. v. Behring-Marburg. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 6/7, S. 257.) Die Resultate der vergleichenden Prüfung an Kaninchen stimmten mit den beim Meerschweinchen gewonnenen Ergebnissen überein. Es zeigten sich auch an Kaninchen Unterschiede im gewebsbiologischen Verhalten zwischen den verschiedenen Bakterienarten und innerhalb der gleichen Art zwischen den einzelnen Stämmen. Kaninchen eignen sich besonders gut zur gewebsbiologischen Differenzierung der Streptokokken. Verf. fand Streptokokken, die nur ein mehr oder weniger ausgedehntes Erythem, geringe Infiltration bewirken, ferner solche, die eine stark infiltrative Zellgewebsentzündung hervorrufen und schließlich Streptokokken von starker Allgemeinvirulenz, die lokal Nekrose verursachen und den Tod des Tieres in wenigen Tagen herbeiführen.
F. Harry-Wiesbaden.

Studien über die biologischen Eigenschaften der Filtrate nach Besredka. I. Zur Frage der das Mikrobenwachstum in Bouillonkulturfiltraten hemmenden Faktoren, von G. S. Barg, Bakt. Inst. Kiew. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 6/7, S. 398.) In Staphylokokkenfiltraten wuchsen homologe und heterologe Stämme gleich schlecht. In Streptokokkenfiltraten erfolgte weder Wachstum homologer noch heterologer Stämme. Bei gekreuzter Einsaat von Staphylokokken in Streptokokkenfiltrate und von Streptokokken in Staphylokokkenfiltrate war im ersten Fall das Wachstum intensiv, während Streptokokken in Staphylokokkenfiltraten nicht wuchsen. Die Koliversuche ergaben keine spezifische Wachstumshemmung. B. typhi abdom. und B. paratyphi B gingen in Kolifiltraten schlechter an als B. coli. Koli- und Paratyphus-B-Stämme entwickelten sich in Typhusfiltraten besser als Typhus- und Paratyphus-A-Stämme. Ein Zusatz von solchen Kohlehydraten, die von der betreffenden Bakterienart vergärt werden, rief üppiges Wachstum hervor. Nur Mannit verbesserte das Wachstum nicht. Die Versuche zeigen, daß der Erschöpfung des Nährbodens eine wichtige Rolle bei der Fähigkeit der Filtrate, Mikrobenwachstum zu hemmen, zukommt.
F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Erfahrungen mit dem sogenannten Antivirus von Besredka, von B. Lange, Inst. Robert Koch-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 17, S. 714.) Die Behauptung Besredkas, die Kulturfiltrate übten in vitro eine spezifische Entwicklungshemmung aus, trifft nur teilweise zu. Wird nämlich die p_H-Konzentration der Filtrate derjenigen der Nährbouillon angepaßt, so findet entweder keine oder nur schwache Entwicklungshemmung statt. Die Schutzwirkung bei Anwendung von Staphylo- und Streptokokkenvakzine und Kulturfiltraten gegenüber einer später erfolgenden Hautinfektion mit den betreffenden Erregern war im Tierversuch sehr unregelmäßig und selten vollständig. Sie bestand lediglich in einer Abschwächung der akuten Entzündungserscheinungen, was man gelegentlich auch bei nichtbehandelten Tieren mit hoher individueller Widerstandsfähigkeit beobachten kann. Am stärksten trat die Wirkung bei intrakutaner und perkutaner Vorbehandlung hervor. Auch von Kompressen wurden mehrfach gute Erfolge gesehen. Die gleichen Wirkungen wurden jedoch auch mit artfremdem Normalserum, gewöhnlicher Pferdefleischbouillon und besonders mit eingeengtem Fleischwasser erzielt. Ebenso wie die Schutzwirkung ist auch die Heilwirkung der Bakterienfiltrate unspezifisch.
F. Harry-Wiesbaden.

Experimentelle Erzeugung komplementbindender Antikörper gegen Fettstoffe einfacher Konstitution, von J. E. Wolf-Davos. Aus Univ.-Immunitätsinst. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1927, Nr. 21, S. 876.) Im Kaninchenversuch wurden komplementbindende Serumantikörper gegen Menschenfett nach Vorbehandlung mit Menschenfett und Schweineserum oder Menschenfett und apathogene Bakterien (B. cytolyticus Much) nachgewiesen. Die Vorbehandlung mit Menschenfett allein genügte nicht zur Erzeugung von Antikörpern. Die gleichen Versuche an Gänsen fielen negativ aus. Die Komplementbindungsreaktion war nicht nur gegen Menschenfett, sondern auch gegenüber Bakterienlipoid und Nastin positiv. Demnach sind Lipoide und Fette nicht so scharf gegeneinander abgrenzbar wie die verschiedenen Eiweißstoffe. F. Harry-Wiesbaden.

Biologische Prüfungen von gelösten und durch Alkaloide geflockten Lipoidstoffen (nach Much) am Menschen, von A. Haim, Univ.-Immunitätsinst. Hamburg-

Digitized by Google

Eppendorf. (M. m. W., 1927, Nr. 21, S. 884.) Experimentelle Arbeit mit mehreren Kurven, die Reaktionsstärke betreffend. Von Lipoiden wurden benutzt: Gehirnlipoid; von Fetten: öliges Menschenfett, durch Hitze gewonnen und das Tuberkelbazillenpartigen N. Von Alkaloiden: Morphin nur allein und ein Alkaloidgemisch „Alkopon". Es wurden Quaddeln mit 0,3—0,4 ccm an den Oberarmen angelegt, und zwar auf der einen Seite bestrahlte, auf der anderen unbestrahlte Gemische in gleich großen Quaddeln. Im ganzen wurden 25 Personen beobachtet. Lipoidreaktionen waren entzündlich. Meist Abschwächung durch geflocktes und gelöstes Alkaloid. Ursache der Abschwächung wahrscheinlich durch Lymphagogie der Alkaloide und Konstitution. Die Reaktion der Alkaloide allein und der geflockten Alkaloide war im großen und ganzen gleich. Nach Bestrahlung der Lösungen teils Verstärkung, teils Abschwächung der Reaktion.

H. Colman-Berlin.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Kutane Streifen am Oberarm einer schwangeren Frau, von J. S. Galant-Moskau. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 16, S. 996.) Die beobachteten kutanen Streifen am Oberarm glaubt Verf. mit der schweren Arbeit der Kranken in Verbindung bringen zu können. Durch die Kontraktion der Muskeln wurde die Haut so stark gespannt, daß die elastischen Fasern der Lederhaut einrissen. Es ist wahrscheinlich, daß in den Fällen von kutanen Streifen bei Männern die Entstehung eine ähnliche ist. F. Landauer-Berlin.

Action des résections nerveuses et sympathiques sur l'hydrophilie tissulaire (Einfluß der Nervendurchschneidung auf die Ödembereitschaft des Gewebes), von J. M. Bernardbeig u. M. Sendrail. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 15, S. 1222.) An frühere Versuche anknüpfend, suchen die Verff. die Rolle zu bestimmen, die einerseits dem Zentralnervensystem, andererseits dem Sympathikus beim Zustandekommen von Ödemen zukommt. Die subkutane Injektion von 0,1 ccm physiologischer NaCl-Lösung in die der Beobachtung besonders leicht zugänglichen Ohrmuschel von unter gleichen Temperatur- und Ernährungsverhältnissen gehaltenen Kaninchen wurde durchschnittlich nach 40, jedenfalls binnen 60 Minuten resorbiert. Unter 10 Tieren ergab die Resektion des Sympathikus oder die Exstirpation des Zervikalganglions das bekannte Bild der sympathischen Paralyse, während die Resektion der C I und C II zu einem Überwiegen der Vasokonstriktoren führte. Eine tabellarische Zusammenstellung zeigt, daß die erwähnten Eingriffe die Resorptionszeit stark beschleunigen. Da diejenigen Fälle mit Überwiegen der Vasokonstriktion die eklatantesten sind, ist die nächstliegende Erklärung des Phänomens durch stärkeren Blutzustrom und damit einhergehender besserer Ableitung hinfällig. Die Verff. glauben aus ihren Versuchen Anhaltspunkte zur Erklärung des trophischen Ödems (Quinke) ableiten zu können. E. Schröpl-Prag.

Experimentelle Untersuchungen zur „chemisch-bedingten" Entzündung an weißen Mäusen, von E. Glass und E. Krüger, Hafenkrkh. Hamburg. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 202, H. 4, S. 241—247.) Das Bild einer chemisch-bedingten Entzündung zeigte sich bei mit verschiedenen pflanzlichen Elementen subkutan geimpften und mit chemischen Stoffen subkutan gespritzten weißen Mäusen. Das normalerweise lymphozytäre Blutbild wurde $^1/_2$—6 Stunden nach der Impfung leukozytär, um sich später dem Normalstatus wieder zu nähern. Wahrscheinlich handelt es sich hier nur um eine besonders starke leukozytäre Abwehrreaktion. E. Levin-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Ernannt: Prof. Wilhelm Kerl, Vorstand der Dermatologischen Klinik in Innsbruck, als Nachfolger von Hofrat Prof. Ernst Finger zum Vorstand der Klinik für Syphilidologie und Dermatologie. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Kelle, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 36 (Bd. 85) 3. September 1927

DEM
XV. KONGRESSE
DER DEUTSCHEN
DERMATOLOGISCHEN GESELLSCHAFT
BONN 1927
GEWIDMET

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer)

Wesen und Möglichkeiten der Dermoelastometrie

Von

F. Schmidt-Labaume, Assistent der Klinik

Mit 1 Abbildung im Text

Wenn von dermatologischer Seite aus ein Gebiet zu Spezialforschungen herangezogen wird, das bisher fast ausschließlich und mit vollem Recht in Händen der Physiker und Physiologen lag, so ist ein Überblick über die bisher geleistete Arbeit, selbst wenn sie rein theoretischer Art sein sollte, unbedingt erforderlich. Dies um so mehr, als die Notwendigkeit der im Thema präjudizierten Sonderstellung der Hautelastometrie durch einen Flug ins theoretische Gebiet der Materie erwiesen wird.

Die physikalische Definition der Elastizität lautet nach E. Warburg (in seinem Lehrbuch über Experimentalphysik 1910) „. . die in festen und flüssigen Körpern auftretenden Druck- und Zugkräfte sind nichts anderes, als die Reaktionen dieser Körper gegen eine Deformation, das ist gegen eine Form- oder Volumänderung. Die Eigenschaft der Körper, eine solche Reaktion auszuüben, heißt Elastizität, und es ist die Aufgabe der Elastizitätslehre, den Zusammenhang zwischen Deformation und elastischer Reaktion zu ermitteln".

Zur Untersuchung dieser Beziehung zwischen Deformation und elastischer Reaktion der uns interessierenden tierischen Gewebe folgen wir nun den mannigfachen Messungen, die von physiologischer Seite zunächst meist an Muskeln vorgenommen wurden zur Klärung der auftretenden Zustandsänderungen. M. Gildemeister erkannte bereits 1913

Digitized by Google

die Notwendigkeit einer klaren Nomenklatur und reservierte in seiner Arbeit „Über die sogenannte Härte tierischer Gewebe und ihre Messung" den Begriff der Härte für bestimmte physikalische Vorgänge, die von Hauy und Dana definiert und von letzterem als „Widerstand gegen Abarbeitung" bezeichnet wurde. Gildemeister setzte für die im tierischen Gewebe auftretenden bisher als Härte bezeichneten Zustandsänderungen den Begriff des „elastischen Widerstandes", speziell durch Eindringungselastizität hervorgerufen, und schlug dafür die Bezeichnung „Resistenz" vor.

Da die Problemstellung, die bei Messnng und Beurteilung elastischer Zustandsbilder auftrat, abhängig von der Methode der Messung ist, so kann ein kurzer Überblick über die verschiedenen Maßtechniken nicht außer acht gelassen werden.

Einige Autoren, Wertheim-Salomonson, Exner und Tandler maßen die Elastizität eines Körpers durch Feststellung der durch Druck, Zug oder Torsion erfolgten Deformation, die durch eine mit Federkraft in die Muskulatur getriebene Pelotte gemessen wurde. Noyons gab ein durch eigenes Gewicht einsinkendes Gewichtssklerometer an, bei dem Zeit und Tiefe des Eindrucks registriert wurden. F. Mangold konstruierte ein Sklerometer, das in der Ablesbarkeit des Eindruckes einer mit Gewichten belasteten Pelotte in das zu untersuchende Gewebe besteht. Nach Eichung des Instrumentes an Gelatineplatten wurden Untersuchungen über Einfluß der Unterlage und Dicke des Objektes, ferner Messungen an Kaninchenmuskeln in Toten- und Wärmestarre vorgenommen, sowie Bizepsmessungen an Menschen bei Ruhe- und Willkürkontraktion angestellt.

Wegen der Unmöglichkeit, bei diesen Methoden die elastische Nachwirkung (Gewebsermüdung) ausschließen zu können, gab zunächst Noyons ein ballistisches Sklerometer an, das die Schwingungen eines aufschlagenden Hammers photographierte. Je härter der Muskel erschien, um so zahlreichere Schwingungen wurden von dem Hammer ausgeführt, um so geringer ist nach Noyons die Dämpfung.

Das ballistische Elastometer gab Anlaß zu ausgedehnten theoretischen Betrachtungen.

Gildemeister stellte an eine brauchbare ballistische Methode zur Messung der Resistenz folgende Bedingungen: „so muß erstens irgendein Körper oder eine Vorrichtung, deren ‚Härte' für den tastenden Finger vermindert erscheint, auch das klopfende Hämmerchen eher zur Ruhe kommen zu lassen, und andererseits müssen zwei Körper oder Vorrichtungen, die uns gleich ‚hart' erscheinen, auch dem Sklerometer das gleiche Dekrement erteilen".

Zur Beurteilung des „Eindringungsmoduls", der für die einwandfreie Beurteilung der Härte des Muskels erforderlich war, konstruierte Gildemeister sein ballistisches Elastometer, das die Stoßzeit eines auffallenden Hammers auf elektrischem Wege nach Pouillet maß (R. Springer, Zschr. f. Biol., Bd. 63) und stellte fest, daß es sich bei der „sogenannten Härte tierischer Gewebe gar nicht um Härte, sondern um Elastizität, speziell um Eindringungselastizität" handele. Er schlug dafür die Bezeichnung Resistenz vor.

Digitized by Google

A. BETHE modifizierte das ballistische Elastometer zur Untersuchung der „Zugresistenz" und gab allgemeine Richtlinien zur Beurteilung der elastischen Eigenschaften des Muskels.

W. STEINHAUSEN nahm das BETHEsche Elastometer zum Ausgangspunkt für ausgedehnte theoretische und mathematische Betrachtungen, die ich bereits in der Arbeit „Elastometrie in der Dermatologie" (erscheint im Arch. f. Derm.) referiert habe.

Die physiologische Umgrenzung des Begriffes Elastizität, der diese kurze Vorbetrachtung dienen soll, erfordert noch eine große Zahl anderer Definitionen. Der GILDEMEISTERschen Eindringungselastizität steht die BETHEsche Dehnungselastizität gegenüber. Fest definiert wurde z. B. von KOHLRAUSCH der Begriff des Elastizitätsmoduls als „das Verhältnis der Belastung, welche an einem Zylinder von der Länge und dem Querschnitt 1 angebracht ist, zu der dabei entstehenden Verlängerung" und sein reziproker Wert der Elastizitätskoeffizient.

STEINHAUSEN wies bereits darauf hin, daß Tasthärte und El.-Modul „ganz verschiedene Begriffe" sind und untersuche die Veränderungen des El.-Moduls bei Kontraktionen, ein Thema, das sich GASSER und HILL an ihrem Spezialinstrument ebenfalls zur Aufgabe nahmen.

So ungeheuer wichtig diese Teilstudien des Gesamtbegriffes Elastizität zur Klärung und Deutung der Beobachtungen für Physiker und Physiologen sind, so erschwerte andererseits die wachsende Komplizierung der Maßmethoden mit ihren Theorien dem Kliniker die Möglichkeit der Mitarbeit durch Messungen an lebenden Körpergeweben.

Andererseits wurde die Notwendigkeit, bestimmte Vorgänge an der Haut, die ja als Oberfläche im kolloid-chemischen Sinne den vielseitigsten Zustandsänderungen ausgesetzt ist, einwandfrei registrieren zu können, immer dringender. Ein Hautelastometer muß aber bestimmte Voraussetzungen erfüllen, die klinische Verwendung ermöglichen.

Vor allem muß der Apparat immer gleichbleibende Maßeinheiten bieten, die auch unabhängig von der Übersetzung von Kymogrammen oder zu empfindlichen elektrischen Messungen sichere Vergleiche unter denselben Versuchsbedingungen gestatten. Das Instrument darf nicht zu sensibel sein, da die Unsicherheit der Vergleichsresultate und die Fehlerbreite sonst wächst. Es muß sich ferner leicht vor jeder Messung ein Nullpunkt oder Standardniveau herstellen lassen; die Messungen müssen auch leicht an allen Körpergegenden ausgeführt werden können. Kontrolle und Mitarbeit anderer wird dadurch erleichtert, daß völlig gleich arbeitende und geeichte Instrumente beschafft werden können. Schließlich müssen noch in der Norm des Gesunden liegende Schwankungen leicht erkennbar sein oder mit anderen Worten das Verhalten gesunder Haut fest umgrenzbar sein.

Nach umfassenden Vorversuchen und zahlreichen Messungen verschiedenster Zustandsbilder der Haut, kann ich das SCHADEsche Elastometer als geeignet für Messungen der für die Dermatologie in Frage kommenden Aufgaben bezeichnen. Auf die Beschreibung des Instrumentes sowie die Maßtechnik kann ich verzichten und verweise auf SCHADES Arbeiten (M. m. W., 1926, Nr. 53).

Das Neue an SCHADES Messungen im Gegensatz zu den anderen Maßtechniken ist die Herstellung einer festen Beziehung in einer Standard-

Digitized by Google

zeit zwischen maximaler Einsinktiefe des Tasters nach 2 Minuten Belastung zur maximalen Restitution ebenfalls 2 Minuten nach der Entlastung.

Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß unter sonst gleichbleibenden Versuchsbedingungen verschiedene Belastungen (nach SCHADE zur Bestimmung der Härte und Festigkeit) vorgenommen werden können. Endlich ist neu und wertvoll die Einrichung des Kontrolltasters, der nicht nur nach SCHADE Verschiebungen der Unterlage anzeigen soll, die sich m. E. beim Erwachsenen immer vermeiden lassen durch geeignete Lagerung und Aufsicht, sondern auch bestimmte Schlüsse auf El.-Fernleitung gestatten, wie ich in der oben erwähnten Arbeit ausgeführt habe.

Mit Recht kann der Methode von physikalischem und physiologischem Standpunkte aus vorgeworfen werden (ebenso wie der MANGOLDschen), daß die elastische Nachwirkung, die Gewebsermüdung, nicht ausgeschaltet wird durch die Länge der Versuchsdauer. Dagegen ist einzuwenden, daß der Fehler als dauernd gleichbleibender Faktor bei allen Versuchen (mathematisch im Zähler und Nenner) zu buchen ist und mithin gestrichen werden kann. Es ist selbstverständlich, daß bei Serienmessungen zur Ausschaltung der nicht in der Standardzeit selbst liegenden Gewebsermüdung immer neue dicht benachbarte Maßstellen gewählt werden müssen.

Schwerwiegender und berechtigter ist der Einwand dagegen, daß physikalisch keineswegs definiert werden kann, was bei dem SCHADEschen Verfahren gemessen wird. SCHADE selbst prägte, wahrscheinlich im Bewußtsein dieser Gesamtmessung, den Ausdruck der „Eukolloidität" und läßt damit für die außerhalb der „Elastizitätsbreite" (TRIEPEL: Einführung in die physikalische Anatomie, Wiesbaden 1902) liegenden Resultate die Bildung des Begriffes Dyskolloidität zu.

Wenn also zugegebenermaßen mit dieser Maßtechnik eine Fülle von physikalischen Zuständen registriert wird, so kann das m. E. die Methode als neues Explorationsmittel am Integument zur Beobachtung und Erkennung bisher nicht registrierbarer Vorgänge nicht diskreditieren.

Nach Darlegung dieser Umstände tritt die Berechtigung der Formulierung des Themas hervor, das Wesen und die Leistungsmöglichkeit der Dermoelastometrie vom klinischen Standpunkt aus zu beleuchten. Bei Messungen an der lebenden Haut muß naturgemäß mit einer Fülle von anderen Faktoren gerechnet werden, die ich bereits in meiner Arbeit: „Die Elastometrie in der Dermatologie" erwähnte und in endogene und exogene Faktoren gruppierte. Der Kapillardruck, Gewebsflüssigkeitsspiegel (vor und nach der Mahlzeit), Dicke der Haut sowie der federnden Unterhautzellgewebsschicht, Vorhandensein von Zellinfiltraten, Ermüdungs- oder Erkrankungszustand des Gesamtorganismus — Temperatur der Haut und der Luft, Barometerdruck, Lagerung des Patienten seien hier kurz erwähnt.

Trotz der Fülle dieser Faktoren und Fehlerquellen ist es erstaunlich, wie groß die Gesetzmäßigkeit der Resultate ist, die man bei Beobachtung der erforderlichen Sorgfalt erhält. Es ist deshalb wohl berechtigt, wenn man unter voller Anerkennung der rein theoretischen Elastometrie mit ihren notwendigen Teilbeobachtungen für die Untersuchung der Haut, die

Digitized by Google

als Kolloidschicht aufgefaßt werden kann, den Ausdruck Gesamtelastizität reserviert, der sich bei der SCHADEschen Maßtechnik aus einer Fülle von Komponenten zusammensetzt, unter denen die Eindringungs- und Restitutionselastizität durch eine feste Relation hervortreten.

Über die Leistungsfähigkeit dieser Maßtechnik oder über das Anwendungsgebiet soll noch ein Wort gesprochen werden.

SCHADE selbst hat in seiner obenerwähnten Arbeit für allgemein klinische Untersuchungen ziemlich umfassende Gebiete vorgeschlagen.

Wenn ich zusammenfassend über meine bisherigen Beobachtungen in Hinsicht auf die Breite der Anwendungsmöglichkeit berichten darf, so glaube ich, daß gerade die Dermatologie sehr viele Fragestellungen für die Elastometrie bietet.

Zur Kontrolle, ob der von SCHADE als Normgrenze angegebene El.-Verlust von 10% ausschließlich für lebende Haut gilt, nahm ich

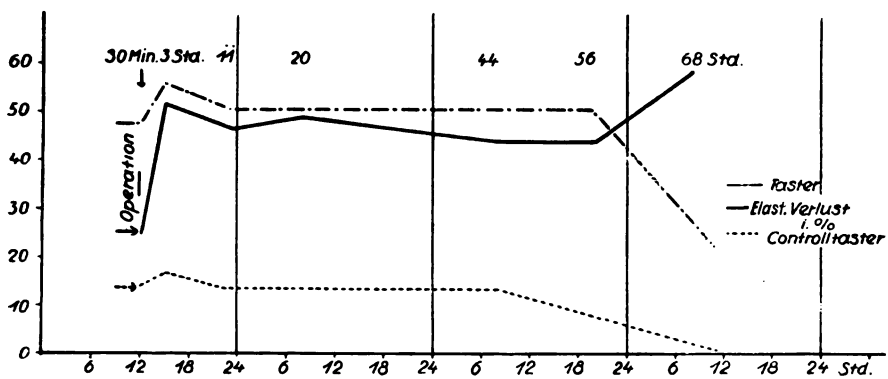


Abb. 1

Messungen an Leichenhaut vor, über die ich a. O. bereits berichtete. Es wurde ein El.-Verlust über 50%, wie ich ihn an lebenden Geweben auch nicht annähernd feststellen konnte, gefunden. Ich lasse eine Kurve von Resultaten an überlebender Haut folgen, die sofort nach der Operation (es handelte sich um ein Exstirpat vom Oberschenkel eines 69jährigen Arteriosklerotikers) in physiologische Kochsalzlösung gebracht und bei 37° beobachtet wurde. Die massive Linie zeigt den prozentualen El.-Verlust, während die Strichpunktkurve die maximale Einsinktiefe des Tasters wiedergibt, die Punktkurve stellt den Kontrolltasterstand bei maximaler Einsinkung dar. Es fallen zwei große Steigungen des El.-Verlustes auf, einmal nach 3 Stunden und dann nach 56 Stunden. Vielleicht besteht die Möglichkeit, daß durch diese Maßmethoden der Zeitpunkt des Gewebstodes präzisiert werden kann.

Ein besonders geeignetes Gebiet zur Beurteilung bisher nicht meßbarer Vorgänge in der Haut ist das Studium der Wirkung von kalten und wärmen Bädern mit und ohne medikamentösen Zusätzen. Im Rahmen dieser Allgemeinbetrachung kann ich nur auf meine im Druck

Digitized by Google

befindliche Arbeit über elastometrische Kontrolle verschiedener Applikationsformen verweisen. Eine wie große Rolle Quellungs- oder Entquellungszustände des Gewebes dabei spielen, ist eine schwer zu beantwortende Frage, an deren Lösung ich zur Zeit an anderen Versuchsreihen arbeite.

Zur Frage der Systematisierung der Einsinktiefe von Taster und Kontrolltasten wurden Messungen an Kinderhaut verschiedenen Alters vor und nach der Mahlzeit bereits veröffentlicht.

Ein weiteres interessantes Arbeitsgebiet liegt in der elastometrischen Kontrolle der Arzneimedikation in der Dermatologie. Messungen nach intravenösen, peroralen, sowie äußeren Applikationsformen (Versuche an Salben, Pasten und feuchten Verbänden) haben bereits verwertbare Resultate geliefert. Fr. Herrmanns Arbeit: Über die Wirkung feuchter Umschläge, bot ein willkommenes Kontrollmittel der Messungen im Spiegelbild quellender und entquellender Wirkungen der Lösungen.

Das große Gebiet der Allergie und Idiosynkrasie läßt ferner eine Menge von Fragestellungen zu, die hier nicht umgrenzt werden können. Erwähnt sei noch der elastometrische Verlauf von Impfreaktionen (lokalem Ödem und Erythem) z. B. nach Trichophytin bei Sykosis und Kontrollimpfung mit physiologischer Kochsalzlösung.

Wie weit diese Messungen zur Diagnosestellung verwertet werden können, muß abgewartet werden.

Mit dieser kurzen Übersicht über das Arbeitsgebiet ist naturgemäß das Leistungsfeld der Dermoelastometrie keineswegs erschöpft. Es liegt in der Natur jeder Arbeit, daß die Fragestellung wächst mit dem Maße des Eindringens in die Materie.

Der Zweck dieser Übersicht ist erfüllt, wenn sie anregt zur Mitarbeit und Kontrolle auf dem Gebiete der noch jungen Dermoelastometrie.

Literatur

A. Bethe, Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol., 1924, Bd. 206, S. 63—75. — A. Exner und J. Tandler, Über die Messungen des Muskeltonus und die Bedeutung des Tonus. Mitt. Grenzgeb., 1919, Bd. 20, S. 458. — M. Gildemeister, Über die sogenannte Härte tierischer Gewebe und ihre Messung. Zschr. f. Biol., 1913, Bd. 63, S. 183. — Fr. Herrmann, Über die Wirkung feuchter Umschläge. Derm. Zschr., 1927, Bd. 50. — A. Noyons, Over den autotonus der Spieren. Dissertation, Utrecht 1908. — A. Noyons, About the determination of hardnes in muscles. Onder-zoekphysiol. Labor., Utrecht 1908, 5 Reeks, V. 9, S. 369. — A. Noyons, Über den Autotonus des Muskels. Engelmanns Arch., 1910, S. 319. — A. Noyons und J. v. Uexküll, Die Härte der Muskeln. Zschr. f. Biol., 1911, Bd. 56, S. 139. — H. Schade, Gewebselastometrie zu klinischem und allgemeinem ärztlichem Gebrauch. M. m. W., 1926, Nr. 53. — F. Schmidt-Labaume, Elastometrie in der Dermatologie (im Druck). Arch. f. Derm., Bd. 153, H. 3. — R. Springer, Untersuchung über die Resistenz menschlicher Muskeln. Zschr. f. Biol., 1913, Bd. 63. — W. Steinhausen, Untersuchung über die Eigenschaften der Muskeln bei verschiedenen funktionellen Zuständen. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol., Bd. 205, H. 12 u. Bd. 212, H. 1. — J. v. Uexküll, Die Verdichtung der Muskeln. Zschr. f. Physiol., 1908, Bd. 22, S. 33. — E. Warburg, Experimentelle Physik. Tübingen 1912.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden
(Leiter: Oberarzt Dr. GUTMANN)

Ein weiterer Beitrag zum Kapitel der lokalen Amyloidosis der Haut

Von

C. GUTMANN

Mit 3 Abbildungen im Text

In zwei 1923 und 1925 erschienenen Arbeiten über die Amyloidosis der Haut habe ich[1]) das Wenige, was bis in die zweite Hälfte des Jahres 1924 über Amyloidablagerung im Integument, sei es als Teilerscheinung einer allgemeinen, sei es in Form einer lediglich auf das Hautorgan beschränkten Amyloidose im Schrifttum niedergelegt war, ausführlich und, wie ich glaube, auch lückenlos referiert und um zwei eigene einschlägige Beobachtungen vermehrt. Noch eingehender hat H. KÖNIGSTEIN[2]) die Amyloidliteratur in einer umfassenden, zu Anfang 1925 veröffentlichten Studie über diesen Gegenstand berücksichtigt, in der er vor allem auch zusammenfassend vier eigene, in meinen Arbeiten bereits zitierte Amyloidfälle bis in die kleinsten Details wiedergibt, und außerdem das chemische und färberische Verhalten dieses Eiweißkörpers und seine Abgrenzung gegenüber dem Hyalin, dem Kolloid, dem Muzin u. a. m. aufs genaueste erörtert. Ich möchte es daher unterlassen, nun nochmals einleitend eine derartige Übersicht zu geben, und verweise in dieser Beziehung diejenigen, die sich für diese Frage interessieren, auf die eben angeführten Arbeiten von KÖNIGSTEIN und mir. Dagegen erscheint es wohl am Platze, kurz auf das einzugehen, was seither Neues auf diesem Gebiete bekannt geworden ist.

Zunächst möchte ich da einen Fall von R. FONCIN und A. DISS[3]) kurz erwähnen, der mir aber nur im Referat zugänglich ist, was ich wegen seiner Eigenartigkeit besonders bedaure. Die Autoren fanden bei einer 50jähr. Frau in zwei fünffrankstückgroßen, rechts vom Sternum gelegenen, fein gefältelten Plaques von violetter Farbe im Zentrum und Chamoiscouleur in der Peripherie Umwandlung des Kollagens der Haut in Hyalin, Amyloid und Knochen, und weiter Amyloiddepots um die Schweißdrüsenknäuel und Blutkapillaren. Die inneren Organe waren frei davon.

Ferner berichtete W. FREUDENTHAL[4]) in der Sitzung der schlesischen Dermatologischen Gesellschaft vom 6. Februar 1926, daß er in kurzer Zeit bei etwa 30 Fällen in der Gesichtshaut älterer Leute Amyloid nachweisen konnte, und zwar besonders bei Prozessen, die mit Epithelwucherungen einhergingen, also Epitheliomen, Keratomat. sen. und Verruc. senil.

[1]) Derm. Zschr., 1923, Bd. 38, u. 1925, Bd. 42. — [2]) Arch. f. Dermat., 1925, Bd. 148. — [3]) Bull. de la soc. franç. de derm. et de syphiligr., 1926, Jg. 33, Nr. 4, Ref. Zbl., XXII, 243. — [4]) Zbl., XX, 26.

Digitized by Google

Das Amyloid fand sich mitunter sogar zwischen den Epithelzellen und auch in Form von kristalloiden Gebilden. Unter den Fällen war auch „ein am Unterschenkel lokalisierter Lichen ruber ähnlicher" (KÖNIGSTEIN u. a.).

Schließlich hat noch F. JULIUSBERG[1]) in der Sitzung der Dermatologischen Gesellschaft Hamburg-Altona vom 13. Februar 1926 einen Fall von örtlicher Amyloidose bei einem 23jähr. Manne besprochen. Die vor 9 Jahren einsetzende, seit langem stationär bleibende, des Abends stark juckende Hauterkrankung ist an beiden Ober- und Unterarmen, an den Schultern, am Rücken, an der Brust und oberen Bauchgegend lokalisiert und besteht aus dichtgedrängten, braunroten, teilweise halbkugeligen, etwas rauhen, derben Papeln bis Linsengröße. Histologisch: starke Hyperkeratose im Bereiche der Papeln, in der Kutis Amyloidablagerung in den Räumen zwischen den Retezapfen. JULIUSBERG reiht den Fall „den von GUTMANN zusammengestellten Fällen von örtlicher Amyloidose der Haut in der Auffassung als einer Krankheit sui generis" an.

Das ist, wenn ich mich nicht täusche, die ganze Literaturausbeute der letzten $2^1/_2$ Jahre in der Frage der Amyloidosis der Haut. Es darf also wohl behauptet werden, daß wir auch heute noch eine nur bescheidene Erfahrung auf diesem Gebiete besitzen, und ich glaube daher, daß es noch immer berechtigt ist, eine einzelne neue einschlägige Beobachtung bekannt zu geben und damit der allgemeinen Kritik zugänglich zu machen, zumal dann, wenn sie, wie der nun zu schildernde Fall[2]), den einen oder anderen, von dem bisher Bekannten etwas abweichenden Befund aufweist.

Ich verdanke denselben Herrn Kollegen FENDT von hier, der ihn mir Anfang Juni dieses Jahres zwecks Klärung der Situation zuschickte und liebenswürdigerweise zur Veröffentlichung überlassen hat.

Der jetzt 43jähr. Herr H. W. erzählt, daß die ersten Anfänge seines Hautleidens bis in den Dezember 1914 zurückreichten. Damals habe sich ganz unvermittelt starker Juckreiz an gewissen Stellen der unteren Extremitäten eingestellt, der in Attacken vorwiegend des Abends aufgetreten sei und ihn gezwungen habe, sich oft bis zum Blutigwerden zu kratzen. Sehr bald seien im Bereiche der juckenden Partien derbe, rote Knötchen zum Vorschein gekommen, aus denen heraus sich alsdann ganz allmählich im Laufe von Jahr und Tag derbe Knoten entwickelt hätten, die nach Erlangung einer gewissen Größe im allgemeinen unverändert bestehen geblieben seien. Nur die eine oder andere Effloreszenz habe sich bis zu einem gewissen Grade zurückgebildet. Im Laufe der Zeit habe sich das gleiche Bild immer wieder von neuem an den verschiedensten Stellen der Beine wiederholt. Die jüngsten Veränderungen bestünden seit etwa Jahresfrist an der Innenfläche des linken Oberschenkels. Sonstige Veränderungen an den befallenen Hautstellen, insbesondere Quaddeln, will der sehr intelligente Patient niemals beobachtet haben. Das Allgemeinbefinden habe in keiner Weise gelitten.

Der klinische Befund am 4. Juni 1927 ist folgender: Über mittelgroßer, sehr kräftiger Mann, in ausgezeichnetem Ernährungszustand. Innere Organe o. B. Blutbild, abgesehen von einer minimalen Eosinophilie, nicht von der Norm abweichend. Sichtbare Schleimhäute o. B.; ebenso die Haut, mit Ausnahme derjenigen der unteren Extremitäten.

An der Außenseite des rechten Oberschenkels, etwas unterhalb und rückwärts des lateralen Endes der Leistenbeuge, finden sich in Form eines unregelmäßig begrenzten, schmalen Bandes mäßig zahlreiche, weit auseinanderstehende bis halberbsengroße, beträchtlich prominente Knötchen von derber Konsistenz, deren mehr oder weniger kon-

[1]) Zbl., XXI, 561 u. Derm. W., Bd. 83, S. 1284. — [2]) Der Fall wurde in der Sitzung der Frankfurter Dermatologischen Vereinigung vom 30. Juni 1927 kurz vorgewiesen.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES NOT TO BE REMOVED

vexe Oberfläche leicht abschuppt und an der Stelle ihrer höchsten Erhebung bisweilen eine leicht blutige, festhaftende Kruste trägt. Ferner sieht man an der Außenfläche in einer leicht geschlängelten, parallel zur Längsachse des Oberschenkels verlaufenden und distalwärts bis etwa zur Höhe des oberen Patellarrandes reichenden Linie 18—20, ebenfalls sehr derbe papulöse Effloreszenzen. Sie haben einen Durchmesser von 1 bis 4 mm, eine teils konische, überwiegend jedoch mehr kugelige Form und einen leicht rötlichen Farbenton. Ihre Oberfläche ist rauh, die Kuppe zeigt häufig eine Vertiefung in Form eines seichten Grübchens, ein Befund, der, wie vorweg bemerkt sei, auch an anderen erkrankten Stellen des öfteren wiederkehrt (Abb. 1).

Weitere Knötchen sitzen über etwa die oberen $^2/_3$ des rechten Unterschenkels zerstreut, ohne eine besondere Neigung zur Gruppenbildung erkennen zu lassen. Sie erreichen hier z. T. einen Durchmesser von 5 und 6 mm, haben durchweg einen mehr schmutziggrauen Farbenton und, soweit wenigstens die größeren Gebilde in Frage kommen, nur eine mehr oder weniger konvexe Form. Die Oberfläche fühlt sich rauh an und hat, vor allem bei den größeren Effloreszenzen, ein fast warziges Aussehen (Abb. 2).

Abb. 1
Außenseite des r. Ober- und Unterschenkels

An der Außenseite des linken Oberschenkels, etwa in der Höhe des oberen Patellarrandes, zwei dicht beieinanderstehende Knötchen von gleicher Beschaffenheit wie die zuletzt beschriebenen rechtsseitigen. Etwa in der Mitte der Innenfläche ist die Haut in ungefähr Handtellergröße leicht bräunlichrot verfärbt, aber kaum verdickt. Man sieht an dieser Stelle ferner neben ein paar Kratzeffekten kleinste, rötliche, kaum erhabene, jedoch ziemlich derbe Knötchen in geringer Zahl. Dieser Veränderung schließt sich nach abwärts und zugleich mehr nach der Streckseite hin eine unregelmäßige Gruppe von kleineren und größeren, rötlichen oder auch mehr braunroten Knoten an, deren tiefstgelegene etwa 6 cm oberhalb der Patella ihren Standort haben.

Im Bereiche des linken Unterschenkels liegen im großen und ganzen die gleichen Verhältnisse wie am rechten Unterschenkel vor, so daß sich eine Beschreibung erübrigt. Erwähnt sei nur als abweichender Befund das folgende: Im untersten Drittel des Unterschenkels haben weitab von den übrigen Veränderungen drei kleine Effloreszenzengrupgen in fast gleicher Höhe ihren Sitz; die eine, 6 weit auseinander liegende, meist große Gebilde umfassend, befindet sich etwa 3 Querfinger breit oberhalb des Malleolus externus, die zweite, aus etwa 10 dichter gefügten Effloreszenzen zusammengesetzt, mehr nach der Beugeseite des Unterschenkels hin, und die dritte, 5 Knötchen zählend, etwa am oberen Ende des medialen Randes der Achillessehne. Die Farbe aller dieser im allgemeinen etwa flachhalbkugeligen Prominenzen ist meist ein schmutziges Graugelb, ihre Konsistenz, ganz entsprechend den übrigen an den Unterschenkeln lokalisierten Gebilden, fast hart, ihre Oberfläche rauh und dabei vielfach ganz leicht zerklüftet.

Zwischen den Knötchen nun, aber auch abseits von ihnen erscheint die Haut an verschiedenen Stellen, und zwar teilweise über große Strecken, schmutziggrau oder auch mehr graugelblich verfärbt. Zugleich ist dann hier eine mehr oder weniger ausgeprägte Verstärkung

Digitized by Google

der Oberflächenfelderung erkennbar (vgl. Abb. 1 u. 2). Derart veränderte, von Knötchen entweder ganz oder doch fast völlig freie Gebiete sieht man u. a. an der Außenseite des rechten Oberschenkels, über der rechten Patella und in der linken Kniekehle. An letzterer Stelle greift die Veränderung noch ein Stück auf die Beugeseite des linken Oberschenkels über. Ergänzend sei bemerkt, daß Dermographismus fehlt und daß die Knötchen und Knoten auch durch noch so heftiges und langdauerndes Reiben nicht zum Anschwellen gebracht werden konnten.

Die histologische Untersuchung des Falles konnte an 5 Knötchen durchgeführt werden, die nach der bestimmten Versicherung des Patienten alle schon Jahr und Tag unverändert bestanden, und zwar zwei davon etwa $2\frac{1}{2}$, die übrigen 7—8 Jahre. Da bei sämtlichen Effloreszenzen im Prinzip der gleiche mikroskopische Aufbau festgestellt werden konnte, möchte ich die erhobenen Befunde zusammenfassend wiedergeben.

Abb. 2. Rechter Unterschenkel dicht unterhalb der Patella an der Grenze der Streck- und Außenseite

Um mit der Epidermis zu beginnen, so ist zunächst in Übereinstimmung mit dem klinischen Bilde an allen Knötchen eine mehr oder minder ausgeprägte, im ganzen sehr starke Hyperkeratose zu konstatieren. Sie ist an den drei älteren Effloreszenzen mächtiger entwickelt als an den jüngeren. Gewöhnlich in der Mitte der Knötchen den höchsten Grad der Ausbildung aufweisend und oft hier in fast gleichmäßiger Breite den übrigen Schichten der Epidermis aufliegend, nimmt sie mehr oder weniger allmählich nach der Peripherie hin an Umfang ab. Soweit Haarfollikel zu Gesicht kommen, sind ihre obersten Abschnitte trichter- oder auch sackartig erweitert und mit Hornmassen angefüllt. In den teils dichter, teils lockerer aneinandergefügten Hornlamellen sind keinerlei Kerne mehr nachweisbar. Die einzelnen Schichten besitzen bald zum Hämatoxylin, bald zum Eosin eine stärkere Affinität, und u. a. auch bei Färbung nach van Gieson treten derartige Differenzen zutage, indem das Stratum corneum bald einen mehr gelben, bald einen mehr bräunlichroten Farbenton annimmt. Das Stratum lucidum ist stellenweise gar nicht nachweisbar, in anderen Partien kaum angedeutet, und in wieder anderen zeigt es sich als ein verhältnismäßig breites Band. Die Verbindung zwischen Stratum corneum bzw. Stratum lucidum einerseits und dem Rete andererseits ist überall eine sehr innige.

Was das Rete Malpighi selbst betrifft, so läßt es eine ausgesprochene Akanthose erkennen, an der auch die Reteleisten teilnehmen. Das Stratum granulosum ist vielfach erheblich verbreitert und umfaßt bisweilen 7—8 Zellreihen. Derartige Befunde lassen sich vor allem an solchen Stellen erheben, wo die Epidermis mehr oder weniger tiefe,

Digitized by Google

wohl durch den Druck der Hornmassen hervorgerufene Einbuchtungen erkennen läßt. Manchmal ist es aber auch auf eine einzige Zellreihe reduziert oder fehlt ganz. Das ist insbesondere an solchen Abschnitten der Fall, die zwischen zwei besonders tiefen und zugleich dicht benachbarten Ausbuchtungen gelegen sind, und dann dort, wo sich ganz flache, aber sehr breite Exkavationen des Rete, wohl auch als Folge des Druckes der andrängenden Hornmassen gebildet haben, oder die Epidermis über eine mehr oder weniger große Strecke in einer nur ganz leicht welligen Linie oder auch fast gradlinig verläuft. An solchen Orten ist dann auch oft, abweichend von dem gewöhnlichen Bilde, keine Akanthose mehr vorhanden, sondern das Rete auf verhältnismäßig wenige Lagen platter, langgestreckter Zellen zusammengeschrumpft. Hier stößt man gelegentlich auch auf pathologische Zellformen, nämlich vakuolisierte oder auch mehr- und vielkernige Zellen u. a. m., während im Gegensatz dazu in den übrigen Partien die Retezellen nicht oder kaum von der Norm abweichen. Die Basalzellen sind ohne Besonderheiten und enthalten durchweg nur wenig Pigment; die höheren Zellschichten sind ausnahmslos frei davon. Zu erwähnen wäre schließlich noch, daß in einem der älteren Knötchen die Kutis an umschriebener Stelle vom Stratum Malpighi völlig entblößt ist und somit mit den Hornmassen in direkte Berührung kommt.

Diesen Veränderungen an der Epidermis paßt sich nun das Stratum papillare in der Gestaltung seiner Form an. Die Papillen sind hier und da weit über die Norm schmal und hoch, an vielen Stellen jedoch breiter, und wieder an anderen flacher als normal. An den 3 älteren Knoten hat der Papillarkörper, entsprechend den Stellen, an denen die Epidermis, wie oben geschildert, mehr oder minder gradlinig oder leicht muldenförmig vertieft verläuft, eine Streckung erfahren, so daß die Papillen hier fast völlig verstrichen sind oder gar ganz fehlen. Diese Zone und manchmal auch die angrenzenden Teile des Stratum reticulare sind der Sitz einer banalen Entzündung meist mäßigen Grades. An Zellen finden sich neben Lymphozyten vereinzelte eosinophile Zellen, ferner Fibroblasten und fixe Bindegewebszellen. Mast- und Pigmentzellen sind nur wenige nachweisbar, Plasmazellen fehlen ganz. Auffallend sind in der Mehrzahl der Knötchen verhältnismäßig zahlreiche Gefäße mit weitklaffendem Lumen, das von einer zwei- oder auch mehrfachen Lage großer protoplasmareicher Zellen mantelartig umschlossen ist. Das elastische Gewebe ist, vor allem in den älteren Knötchen, aber nur in ihrem Zentrum, soweit das Stratum papillare und die angrenzenden Lagen des Stratum reticulare in Frage kommen, bis auf ganz geringfügige Reste oder auch restlos zugrunde gegangen. Während nun in den beiden jüngeren Effloreszenzen Epidermis und Kutis fest miteinander verbunden sind, ist das in den älteren Knötchen, und zwar wiederum in ihrem Zentrum, streckenweise nicht der Fall. Hier ist nämlich die Epidermis durch einen bald nur ganz schmalen, bald auch breiteren Spalt von der Kutis getrennt. Diese Spaltbildung ist bereits an Gefrierschnitten nachweisbar, tritt aber natürlich in Paraffinschnitten infolge der vorausgegangenen Einwirkung des Alkohols und der weiteren Einbettungsmanipulationen in viel stärkerer Weise in Erscheinung. Ein reines Kunstprodukt ist sie indessen sicherlich nicht. Das ergibt sich wohl unzweideutig aus fol-

Digitized by Google

gendem. Da, wo die Spaltbildung sich findet, ist nämlich die oberste Kutisschicht in Form eines sehr schmalen Bandes mit einer feinfädigen, teilweise aber auch mehr homogen erscheinenden Masse überzogen, die sich bei entsprechender Färbung als ein aus Fibrin bestehender Belag erwiesen hat. Dadurch mußte es notwendigerweise zu einer Lockerung der Verbindung zwischen Epidermis und Kutis und schließlich zu einer vollständigen Trennung kommen (Abb. 3).

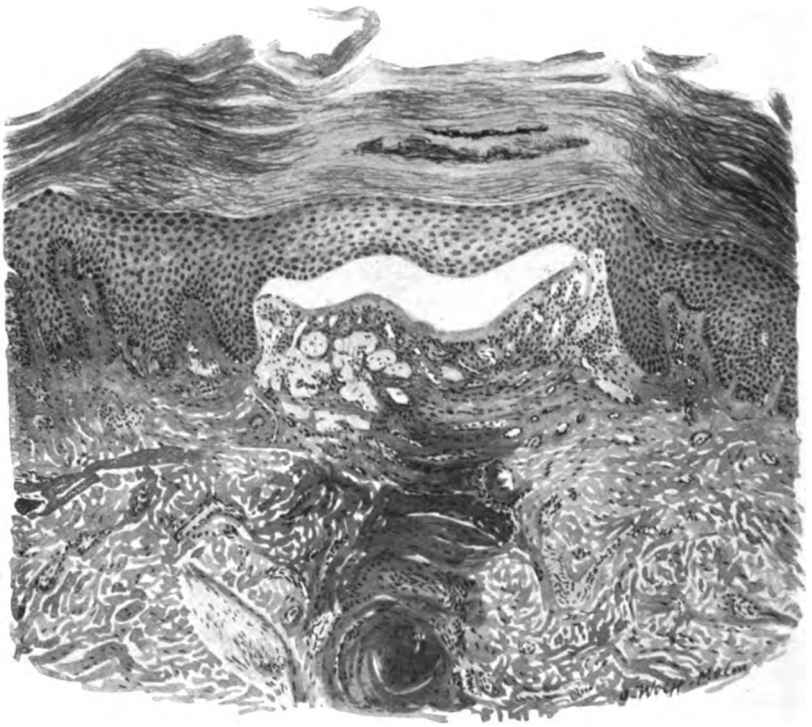


Abb. 3. Schnitt durch das Zentrum einer 7—8 Jahre alten Effloreszenz. Die hellen Stellen in der Kutis unterhalb des Spaltes zwischen ihr und Epidermis, insbesondere links, sind Amyloid

Der hervorstechendste Befund ist nun aber der, daß es in den in der eben beschriebenen Weise veränderten Abschnitten der Kutis zur Ablagerung von Amyloid gekommen ist. Schon bei einfacher Hämatoxylinfärbung, die ich an einigen Schnitten eines älteren Knötchens zur allgemeinen Orientierung ausführte, fielen mir in einigen Bezirken in diesen Abschnitten der Kutis kleine, eigenartig lichte, äußerst zellarme Areale auf. Betrachtung mit stärkerer Vergrößerung ergab, daß diese Herde aus größeren und kleineren Schollen und Klumpen verschiedenster Form zusammengesetzt waren. Dieser Befund erweckte auf Grund meiner früheren Erfahrungen auf dem Gebiete der Hautamyloidose sofort den Verdacht in mir, daß es sich hier um Amyloid handeln könnte. Die

Digitized by Google

gelbe, stellenweise auch mehr schmutzig-gelbbräunliche Farbe, die diese Massen bei Färbung mit dem van GIESONschen Gemisch annahmen, bestärkte mich natürlich sehr in diesem Verdacht. Die letzten Zweifel in dieser Richtung schwanden für mich und auch unsern Prosektor, Herrn Professor HERXHEIMER, der dankenswerterweise den ganzen Fall mitbegutachtet hat, als nun weiter die Jod- und Jodschwefelsäurereaktion mehr oder weniger deutlich positiv ausfielen und die Massen mit Methyl- bzw. Gentianaviolett und Kongorot sich rotviolett bzw. rot, wenn auch nicht durchweg gleichmäßig, färbten.

(Schluß folgt)

Erblichkeit der Tastfiguren und Erbverschiedenheit der Eineier

Von

San.-Rat Dr. LEVEN in Elberfeld

Die Lehre von der Erblichkeit der Naevi ist bekanntlich in den letzten Jahren von SIEMENS heftig bekämpft worden. Er stützte seine Angriffe auf Zwillingsuntersuchungen und ging dabei zurück auf den Begründer der modernen Rassenhygiene, DARWINS Vetter GALTON, der die Behauptung aufgestellt hatte, daß monozygote Zwillinge völlig gleiche Erbanlagen besäßen und demnach in allen erblichen Charakteren übereinstimmen müßten. Alle Charaktere bei solchen Zwillingen, welche übereinstimmen, beruhen nach GALTON auf „nature" — Erbanlagen —, während alle Unterschiede durch die Umwelt — „nurture" — bedingt und nichterblich sind. Es ist einleuchtend, daß bei dieser Sachlage die Erbbiologie stark vereinfacht wurde: man hätte ja nur nötig, zu untersuchen, ob irgend ein Merkmal bei EZ.[1]) in gleicher oder verschiedener Weise auftritt und könnte daraus schließen, ob es erblich oder nichterblich ist.

Diesen Weg ging SIEMENS, indem er sich auf den Boden der GALTONschen These stellte. Er fand bei EZ. die Naevi beider Partner eines Paares häufig in ungleicher Form und Anordnung und folgerte daraus, daß sie nichterblich seien. Die Naevusfrage soll hier nicht weiter aufgerollt werden: sie ist durch die Korrelationsberechnung zugunsten der idiotypischen Bedingtheit der Mäler entschieden, und ich verweise hierfür auf die verschiedenen Arbeiten von MEIROWSKY und mir, zuletzt noch in dieser Wochenschrift, 1927, Nr. 28. Dagegen möge die Frage der Erbverschiedenheit der Eineier kurz erörtert werden, die über das Naevusproblem hinausgreifend erbbiologisch von Interesse ist. SIEMENS gegenüber wurde von mir der Standpunkt vertreten, daß EZ. zwar die größte, uns bekannte Annäherung an eine Erbgleichheit darstellen, daß aber eine völlige Identität der Erbanlagen nicht besteht, und daß phänotypische Unterschiede bei EZ. auch idiotypisch bedingt sein können. Auch MATHES betonte, daß die Spaltung der Zygote „praktisch so gut

[1]) EZ. = Eineiige Zwillinge, ZZ = Zweieiige Zwillinge.

Digitized by Google

wie niemals völlig symmetrisch ausfallen werde", und POLL spricht von EZ. als den „individualplasmatisch ähnlichsten Menschen". Zur Prüfung der GALTON-SIEMENSschen Ansicht untersuchte ich die Tastfiguren monozygoter Zwillinge und fand bei ihnen Verschiedenheiten an den analogen Fingern je zweier Partner. SIEMENS bestritt nunmehr die Erblichkeit der Tastfiguren; er behauptet auch in einer neueren Arbeit, daß man aus der Ungleichheit der Papillarmuster nicht auf eine erbliche Verschiedenheit bei EZ. schließen könne, weil die Tastfiguren nicht streng erblich seien. Hier sei zunächst daran erinnert, daß die Verschiedenheit jener Muster bei EZ. nicht nur die sog. „Minutiae" betreffen, d. h. gewisse Feinheiten, wie Gabelungen, blinde Endigungen, Anastomosen, Breite der Interstitien, sondern daß ich Unterschiede in ganzen Figuren fand, wie sie ja auch in den beiden, in ihrem Entstehungsmodus den monozygoten Zwillingen analogen Körperhälften eines Individuums vorkommen. Und denselben Befund haben auch andere Autoren erhoben.

Die Gründe für die Erblichkeit der Tastfiguren habe ich dahin zusammengefaßt, daß:

1. das Papillarliniensystem phylogenetischen Charakter hat; es geht zurück auf die Ballenbildungen, die wir bei den Säugetieren antreffen und aus denen sich schon bei den Anthropoiden feinste Tastapparate entwickelt haben, die sich um so mehr den menschlichen Mustertypen nähern, je näher die Reihe dem Menschen kommt;

2. das Hautleistensystem schon in früher Embryonalzeit angelegt wird und die Relieflinien sich im ganzen Leben in unveränderlicher, durch keine äußeren Faktoren — abgesehen von roher Gewalt — beeinflußbaren Weise erhalten. Eine solche Konstanz ist typisch für erbliche Charaktere;

3. die Tastfiguren bei EZ. eine weit größere Übereinstimmung zeigen als bei ZZ. oder sonstigen Geschwistern. Die Korrelationskoeffizienten betragen nach KRISTINE BONNEVIE für EZ. $0{,}924 \pm 0{,}037$, für ZZ. $0{,}535 \pm 0{,}082$; nach DRUXES an MEIROWSKYs Material für EZ. $0{,}93 \pm 0{,}0135$, für ZZ. $0{,}628 \pm 0{,}105$. Diese Zahlen und ihr Unterschied sind ohne die Erblichkeit der Muster unerklärlich.

Neuerdings hat nun WAARDENBURG die Erblichkeit der Tastfiguren bezweifelt und für seine Ansicht auch BONNEVIE ins Feld geführt, die ich irrtümlich für meine Auffassung in Anspruch genommen haben sollte. Davon kann schon deshalb keine Rede sein, weil die genannte Autorin in ihrer großen Arbeit „Studies an Papillary Patterns of Human fingers" sich dahin ausspricht, daß drei von ihr angegebene Charaktere der Tastfiguren, die sie gerade zwecks genauer Klassifizierung und Charakterisierung aufgestellt hatte, nämlich der quantitative Wert, der Mustertyp zirkulär oder elliptisch und die Tendenz zur Doppelschleifenbildung, unabhängig voneinander variieren und erblich seien; lediglich hinsichtlich der Richtung der Muster, ob ulnar oder radial, stehe Erblichkeit noch nicht fest. Weil sie weiterhin wörtlich sagt: „An investigation of the finger-patterns of twins, among which 15 pairs are considered identical, has upon all points supported the views here maintained with regard to the heredity of the quantitative value as well as of the whole design of finger-patterns." (Von mir gesperrt.) Es kann

Digitized by Google

wohl keinem Zweifel unterliegen, daß man danach annehmen muß, daß K. BONNEVIE die Erblichkeit der Tastfiguren vertritt, und so hat auch MEIROWSKY ausgeführt, daß sie hauptsächlich durch das große Material von K. BONNEVIE erwiesen sei und daß die Errechnung der Korrelationszahlen durch diese sowie durch DRUXES den sicheren Beweis für die Erblichkeit des Papillarliniensystems ergab. Auch HANS GRÜNEBERG sagt: „Nun ist die Frage nach der Erblichkeit der Tastfiguren durch die Arbeiten von POLL, BONNEVIE (von mir gesperrt), LEVEN u. a. inzwischen einwandfrei aufgeklärt worden, und zwar in positivem Sinne." Also auch dieser Autor nimmt KRISTINE BONNEVIE als Vertreterin der Erblichkeit der Tastfiguren in Anspruch. BONNEVIE hat sich nun WAARDENBURG gegenüber dahin ausgesprochen, daß die Papillarmuster überhaupt „nicht direkt als genetisch bestimmt, sondern vielmehr als ein Produkt meist verschiedenartiger, embryologisch wirksamer Faktoren zu betrachten sind", so daß sie neben genetisch bestimmten Charakteren auch allerlei Wachstumseinflüsse als Manifestationsverschiedenheiten aufweisen könnten. Daß diese Einflüsse keine wesentlichen Charaktere der Tastfiguren betreffen, sondern nur die schon erwähnten „Minutiae", geht aus dem Inhalt einer neuen Arbeit von K. BONNEVIE hervor. Zunächst muß man nach dem Satze, der in dieser Arbeit wörtlich lautet: „Die Papillarmuster sind somit, wie schon früher vorausgesetzt, nicht als direkt genetisch bestimmt aufzufassen, sondern vielmehr als Indikatoren tiefer liegender vererbbarer Charaktere"[1]), annehmen, daß der Ton auf dem Worte „direkt" liegt. BONNEVIE bezeichnet nämlich als solche Charaktere die embryonalen Variationen der Papillarnerven und sagt weiter wörtlich: „Die in dieser Arbeit hervorgelegten embryologischen Befunde stimmen, nach den obigen Erörterungen, mit meinen früher veröffentlichten Resultaten in betreff der Erblichkeit von Papillarmustercharakteren aufs beste überein. Das Vererbungsproblem ist nur, wie zu erwarten wäre, von der Oberfläche in die Tiefe des Organismus hinein und gleichzeitig bis auf die frühesten Entwicklungsstadien zurück, verschoben worden[2])." Wohl könnten Beziehungen zwischen Papillarleisten und allgemeinen Wachstumsverhältnissen für die Abhängigkeit der Papillarmuster von der Form des Fingerballens eine Erklärung geben, „nicht aber für die wesentlichen Variationen der Papillarmuster in Bauplan oder quantitativen Wert, und ganz besonders nicht für die Vererbung solcher Unterschiede"[3]) (von mir gesperrt).

Wie dem aber auch sein mag, die eigenen Korrelationszahlen von KRISTINE BONNEVIE beweisen schlagend die Erblichkeit der Tastfiguren. Wie unwahrscheinlich ist es zudem schon an sich, daß bei Nichterblichkeit der Papillarmuster stets nur die uns bekannten, immer wiederkehrenden, wohl charakterisierten Figuren auftreten sollten und daß nicht eine weit größere Mannigfaltigkeit und Unregelmäßigkeit sich zeigen würde! Nur unwesentliche Teile der Tastfiguren, wie Anastomosen, blinde Endigungen, Verschiedenheiten der Interstitien könnten überhaupt für paratypische Einflüsse in Frage kommen, keineswegs aber der Mustertyp.

---

[1]) Die ersten Entwicklungsstadien der Papillarmuster der menschl. Fingerballen. Nyt. Mag. f. Naturv., 1927, Bd. 65, S. 51. — [2]) Dsgl. S. 52. — [3]) Dsgl. S. 50.

Digitized by Google

Auch der bekannte Erblichkeitsforscher POLL spricht sich dahin aus, daß die Papillarmuster in ganz hervorragendem Maße genisch bedingt sind, und GALTON wurde nach POLL durch die deutliche Neigung der Muster zu symmetrischem Auftreten an entsprechenden Fingern der rechten und linken Hand und ihr ersichtliches Rein- und Unvermischtbleiben im Laufe der Generationen zu dieser Ansicht bestimmt.

Von großer Bedeutung für die Erblichkeit der Tastfiguren und deren genauere Erforschung sind ferner die Ergebnisse, zu denen HANS GRÜNEBERG gelangt ist.

Aus den Untersuchungen des genannten Forschers, die demnächst ausführlich veröffentlicht werden, geht, wie mir derselbe freundlichst mitgeteilt hat, die Erblichkeit der Mustertypen — Wirbel, Schleife und Bogen — hervor; unbedingt sichergestellt ist ferner die Erblichkeit der Leistenzahl und so gut wie sichergestellt die Erblichkeit der Richtung der Muster. Hinsichtlich des Erbganges dieser drei Merkmale hat GRÜNEBERG gefunden, daß sie polymer bedingt sind, und zwar kommen für die Erblichkeit des Mustertyps sowie für diejenige der Richtung je zwei Faktorenpaare in Frage, für die Quantität der Muster, d. h. die Menge der jeweils für die Bildung eines Musters verwendeten Leisten, ist ein ganzer Satz von sich gegenseitig verstärkenden Faktorenpaaren als genotypische Grundlage anzusehen. Stellen nun, wie aus dem Gesagten zur Genüge hervorgeht, die drei Muster Wirbel, Schleife und Bogen verschiedene Genotypen dar, so ist dadurch, daß sie bei EZ. an analogen Fingern nicht stets übereinstimmen, sondern zuweilen verschieden auftreten, erwiesen, daß die Erbanlagen der monozygoten Zwillinge nicht völlig identisch sind, sondern daß bei ihnen, wie ich es von vornherein betont habe, lediglich die größte uns bekannte Annäherung an eine Erbgleichheit vorliegt. Wir müssen heute, wie MEIROWSKY sagt, mit der Tatsache rechnen, daß auch sicher idiotypisch bedingte grobe Figuren, Bogen, Schleifen und Wirbel bei EZ. verschieden auftreten und sich hierin in keiner Weise von den Naevi unterscheiden[1]). Die Übereinstimmung bei EZ. ist viel weitgehender als bei ZZ. oder sonstigen Geschwistern, aber wir haben nicht das Recht zu sagen, daß alle Verschiedenheiten bei EZ. paratypisch bedingt sein müssen. Infolge der regelmäßig vorhandenen Verschiedenheiten der Erbanlagen gibt es auch erbliche Charaktere, die bei zwei EZ.-Partnern verschieden auftreten, in analoger Weise wie dies bei den beiden Körperhälften eines Individuums der Fall ist, deren Entstehungsmodus demjenigen der monozyten Zwillinge entspricht. Eine Reihe derartiger Charaktere zählt MEIROWSKY in der unten erwähnten Arbeit auf. Die SIEMENSsche Lehre von der paratypischen Bedingtheit aller phänotypischen Verschiedenheiten bei EZ. wäre aber sogar dann nicht zutreffend, wenn man Erbgleichheit annehmen wollte. Denn auch dann könnten, wie v. VERSCHUER ausführt, durch Manifestationsschwankungen Unterschiede im Auftreten erblicher Charaktere hervorgerufen werden. Und auch LENZ betont, daß SIEMENS mit seinem Schlusse hinsichtlich der Naevi und der Linkshändigkeit viel zu weit gegangen sei; für den Nachweis der „Nichterblichkeit" eines Merkmals

[1]) Zwillingsbiol. Untersuch. Arch. f. Rassenbiol., Bd. 18, H. 3, S. 278.

Digitized by Google

seien Unterschiede eineiiger Zwillinge nur mit großer Vorsicht zu verwerten.

Fasse ich kurz zusammen, so ergibt sich:

1. Die Tastfiguren sind idiotypisch bedingte Charaktere. Wohl könnten vielleicht — Sicheres steht noch nicht fest — paratypische Faktoren bei ihrer Gestaltung leicht modelnd eingreifen in bezug auf Anastomosen, blinde Endigungen, Verschiedenheiten in den Interstitien, Gabelungen; die Musteranordnung und deren wesentliche Charaktere aber sind erblich festgelegt.

2. Eine völlige Identität der Erbanlagen bei EZ. besteht nicht, sondern lediglich die größte uns bekannte Annäherung an eine solche.

3. Phänotypische Verschiedenheiten bei EZ. müssen nicht paratypisch bedingt sein, sondern sie können auch in den Erbanlagen verankert sein.

Literatur

1. SIEMENS, H. W., Zwillingspathologie. Springer, Berlin 1924. — 2. SIEMENS, H. W., Über die Bedeutung der Erbanlagen für die Entstehung der Muttermäler. Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 1/60. — 3. SIEMENS, H. W., Zur Klinik und Ätiologie der Naevi. Arch. f. Derm., Bd. 151, S. 377/381. — 4. SIEMENS, H. W., Das Problem der Erbgleichheit bei den EZ. Virch. Arch., Bd. 264, S. 323/316. — 5. BONNEVIE, KRISTINE, Studies on Papillary Patterns of Human Fingers. J. of Genetics, 1924, Bd. 15, Nr. 1. — 6. BONNEVIE, KRISTINE, Die ersten Entwicklungsstadien der Papillarmuster der menschl. Fingerballen. Nyt. Mag. f. Naturv., 1927, Bd. 65, S. 19/54. — 7. POLL, Erbkunde der Haut. Derm. W., Bd. 84, S. 849/56. — 8. GAUPP, Die normalen Asymmetrien des menschl. Körpers. Fischer, Jena 1909. — 9. LEVEN, Erbanlagen der Eineier. Derm. W., 1924, Nr. 20, S. 555/565. — 10. LEVEN, Korrelationszahlen u. Naevusätiologie. Arch. f. Derm., Bd. 148, S. 614/624. — 11. LEVEN, Zwillingsforschung u. Naevusätiologie. D. m. W., 1924, 46. — 12. LEVEN, Erblichkeit des Papillarliniensystems. Kl. W., Jahrg. 3, Nr. 40, S. 1817/18. — 13. LEVEN, Die Erbanlagen der Eineier. Kl. W., Jahrg. 6, Nr. 21. — 14. LEVEN, Die Erblichkeit der Tastfiguren. Zschr. f. Volksaufartung u. Erbkunde, 1926, S. 136. — 15. MEIROWSKY, Über die Entstehung der sog. kongenitalen Mißbildungen der Haut. Arch. f. Derm., Bd. 127, Nr. 1. — 16. MEIROWSKY, Zwillingsbiol. Untersuchungen. Arch. f. Rassenbiol., Bd. 18, Nr. 3. — 17. MEIROWSKY u. LEVEN, Tierzeichnung, Menschenscheckung und Systematisation der Muttermäler. Arch. f. Derm., Bd. 134. — 18. MEIROWSKY u. LEVEN, Neuere Einwände gegen die Keimplasmatheorie der Naevi. Derm. W., Bd. 85, S. 979/84. — 19. WAARDENBURG, Kl. W., Jahrg. 5, S. 2115. — 20. WAARDENBURG, Kl. W., Jahrg. 6, S. 603. — 21. v. VERSCHUER, M. m. W., Jahrg. 73, S. 1562/65. — 22. LENZ, in BAUR-FISCHER-LENZ, Menschl. Erblichkeitslehre. 3. Aufl., Bd. 1, Lehmann, München 1927. — 23. GRÜNEBERG, HANS, Tastfiguren und Vaterschaftsdiagnose. Zschr. f. Volksaufartung u. Erbkunde, 1927, S. 76.

Über Keloidbildung und maligne Syphilis

Von

Med.-Rat Dr. E. VOLLMER, Bad Kreuznach

Über die Beziehungen zwischen Infektionskrankheiten und Narbenbildung der Haut wissen wir noch nicht viel. Man sieht auffallende, keloidartige Veränderungen der Haut zuweilen bei vereiterten, tuberkulösen Drüsen des Halses, und die „brückenartigen“[1]) Stränge, die bei schlecht verheilten Skrofuloderma der Haut

[1]) M. FRIEDMANN, Über Brücken und fibromatöse Bildungen in Skrofulodermanarben. Arch. f. Derm., Bd. 134, S. 80.

Digitized by Google

sich zuweilen vorfinden, tragen oft keloidartigen Charakter. Auch bei Impfnarben kommen Keloide vor, die sich entsprechend den kleinen Impfstellen in geringem Ausmaße vorfinden und so nicht sehr auffallen. Nur der Kundige sieht sie. Ganz selten kommt es aus uns unbekannten Gründen zu ausgedehnten flächenhaften Keloiden größerer Partien der gesamten Haut, wie sie uns in einem sehr instruktiven Falle SALOMON-Koblenz in einer Sitzung in Bonn demonstrieren konnte. Der Fall gehörte zu den sogenannten „spontanen" Keloiden, während wir bei Akne, bei Tätowierungen, nach Kratzeffekten, nach Reizungen durch Krotonöl, nach Zoster die „Narbenkeloide" finden. Besonders leicht sollen sie bei Negern sich einstellen.

Keloide bei Syphilis habe ich noch nicht gesehen, obwohl JADASSOHN sie auch als vorkommend schon angibt. Immerhin sind sie so selten, daß es sich verlohnt, folgenden ausgedehnten Fall von Keloiden zu besprechen, der mir zu Gesicht kam und der in der Universitäts-Hautklinik zu Köln (Professor ZINSSER) genauer beobachtet worden ist. Für die Überlassung der Krankengeschichte zur Veröffentlichung sage ich ihm auch an dieser Stelle meinen besten Dank.

Die 22jähr. Patientin, deren Krankengeschichte wir folgen lassen, ist zur Zeit der Primärsklerose, die allerdings versteckt auf der Mandel gesessen zu haben scheint, statt mit Salvarsan mit Aolanspritzen behandelt, was natürlich die Entwicklung der schwersten Sekundärerscheinungen, die dann in talergroße Rupiakrusten übergingen, nicht hindern konnte. Ob bei diesen Primäraffekten der Mandeln sich häufiger schwerste Syphilis entwickelt, weil offenbar leichter die Spirochäten in das Körperinnere eindringen und sich verbreiten können, lass ich dahingestellt. Mir scheint es aber sehr wahrscheinlich zu sein.

Die Patientin K. E., 22 Jahre alt, ist in Stellung gewesen und will durch einen Kuß angesteckt worden sein. Im November 1925 litt sie an Mandelentzündung, wurde gepinselt und mußte gurgeln. Im Januar 1926 beginnt im Gesicht ein Ausschlag mit kleinen Flecken. Sie erhält vom Arzt Puder. Etwa im Februar und März 1926 bekam sie alle 3 Tage Injektionen mit Aolan, im ganzen 8. Nach 6 Spritzen wieder Verschlimmerung; der Ausschlag wird nässend; es treten Geschwüre auf der behaarten Kopfhaut auf und auch am Körper, die sich stark mit Krusten bedecken. Im Juli 1926 kam sie auf Rat der Krankenschwester in die Beratungsstelle zu Dr. VOLLMER nach Kreuznach. Sie ist so elend und kachektisch, daß keine Einspritzung zunächst gewagt wird. Abgemagert, blutarm, der ganze Körper übelriechend. Unter den Rupiakrusten, die die unten beschriebenen Stellen der Haut bedeckten, floß reichlich Eiter heraus. Es werden zunächst Bäder (Sublimat), Jodkalisalbe und innerlich Jodkali verordnet. Danach rasche Besserung. Am 4. III. 1927 stellt sie sich dann erst wieder vor mit neuen Ausbrüchen und wird nun zur Behandlung, die nur in einer geschlossenen Anstalt durchgeführt werden kann, der Lindenburg in Köln überwiesen.

Befund: (6. III.) Am rechten Ober- und Unterarm Narben, die keloidartig sind. Im unteren Drittel des rechten Oberarmes sieht man eine etwa 10 cm lange, gebuchtete, 3 bis 4 cm breite Narbe; die ganze Fläche der Narbe hat eine bläulichrote Farbe. Sie liegt etwa ½ cm über dem Niveau der übrigen Haut und fühlt sich derb und fest an. Am rechten Unterarm zwei kleinere, weniger derbe Narben. Am linken Unterarm auf der Rückseite eine etwa 8 cm lange ovale Narbe von demselben Aussehen wie die eben beschriebenen. Am Rücken viele erbsen- bis zweimarkstückgroße Narben ohne Keloidbildung, wo nur eine Hautatrophie in Erscheinung tritt. Am rechten Oberarm auf der Rückseite noch zweimarkstückgroße Keloide, desgleichen auf der Brust unterhalb der Klavikula rechts zwei ovale Keloide. Man sieht an allen diesen Narben ausgebuchtete Ränder. Am rechten Knie außen und am linken Knie innen die Narben von zwei großen Geschwüren von etwa Kleinhandtellergröße, hier keine Keloidbildung.

Im Gesicht sieht man am Halse beiderseits und am Kinn mehrere bohnengroße Keloide, am Kinn in etwas strahlenförmiger Anordnung, in den Nasolabialfalten und auf der Stirn etwas atrophische Narben von 1-Mark-Größe. Auf dem behaarten Kopfe sieht man am Hinterkopfe rechts neben dem Scheitel ein über fünfmarkstückgroßes Ulkus, das auf der rechten Seite abgeheilt, zu einem Drittel aber noch reichlich Eiter sezerniert. Am Hinterkopfe ein noch etwa zweimarkstückgroßes Ulkus, das ebenfalls noch sezerniert, und ein gleichgroßes Ulkus derselben Beschaffenheit über dem Parietalbein.

Digitized by Google

Auf der hinteren Rachenwand sieht man einen Defekt von reichlich Zweimarkstückgröße, der aber noch in der Tiefe einen Ausläufer hat und nicht ganz zu übersehen ist. Die Oberfläche des Rachenulkus ist eitrig belegt, die linke Tonsille zeigt gleichfalls ein eitriges Geschwür. Die Uvula ist völlig frei; am harten Gaumen keine krankhaften Veränderungen.

Beschwerden: Starke Schmerzen noch beim Schlucken, häufiger Brechreiz und Husten.

8. III. Temperatur: Abends 39,3 rektal. WR 8327 (8343) 0,1 +++, 0,4 +++.

Therapie ab 8. III. Kopf: weiße Präzipitatsalbe.

8. III. 1927: 1. 0,3 Neosalvarsan Urinalb. ø
11. III. 1927: 2. 0,45 „ „ ø
16. III. 1927: 3. 0,45 „ „ ø

Patientin bekommt einen leichten Schüttelfrost, abends 39,6 Temperatur.

17. III. 1927: Keine Temperatur, keine Beschwerden mehr. Urinalb. ø, Gewicht 23. III. 1927 46 kg.

21. III. 1927: 4. 0,45 Neosalvarsan Urinalb. ø
26. III. 1927: 5. 0,45 „ „ ø

Geschwüre auf dem Kopf völlig zugeheilt.

31. III. 1927: 6. 0,45 Neosalvarsan Urinalb. ø
6. IV. 1927: 7. 0,45 „ „ ø
11. IV. 1927: 8. 0,45 „ „ ø
16. IV. 1927: 9. 0,45 „ „ ø
21. IV. 1927: 10. 0,45 „ „ ø
26. IV. 1927: 11. 0,45 „ „ ø
2. V. 1927: 12. 0,45 „ „ ø

Gewicht am 6. IV. 1927: 50 kg.
„ „ 2. V. 1927: 50 kg. WR 3. V. 1927 0,1 +, 0,4 +++.

Schlußbefund am 6. V. 1927. Die Geschwüre sind sämtlich unter Narbenbildung auf der Kopfhaut abgeheilt. Mundhöhle o. B. Keine äußeren Zeichen von Syphilis mehr. Patientin ist belehrt, daß sie nach 6 Wochen eine neue Kur beginnen muß.

Befund am 16. VII. 1927. Ist bestellt zu neuer Salvarsankur. Verweigert dieselbe, weil sie alle Tage mit den Eltern aufs Feld gehe. Keine Haut- oder Schleimhautaffektion mehr; Arme beiderseits bis über die Ellenbogen von landwirtschaftlicher Arbeit gebräunt. Gewicht: 54,5 kg. WR 0,1 +. Ord.: Jodkali (10:200, 3mal täglich 1 Eßlöffel). Muskulatur derb und fest, guter Ernährungszustand. Pupillen-Patellarreflexe prompt. Die Narbenkeloide unverändert gegenüber den in der Hautklinik zu Köln angegebenen Befunden. Eine Erweichung ist noch nicht eingetreten. Sie will sich, wenn die Narben nicht besser werden, die auffallenden im Gesicht und an den Armen operieren lassen.

Fassen wir zusammen: Ein 22jähriges, junges Mädchen vom Lande, versteckt an der linken Mandel infiziert, wird statt mit Salvarsan in den ersten Wochen der Infektion mit Aolaninjektionen behandelt. Es stellen sich nach ¾ Jahr größere Hautnekrosen ein als Folgen maligner Lues (vielleicht frühzeitige Tertiär-Syphilis). Dieselben heilen endlich unter Keloidbildungen nach einer gründlichen Salvarsankur, die auch den völligen Erfolg der körperlichen Erholung der schwerkranken Patientin bringt. Gewichtszunahme innerhalb 8 Wochen 9 kg!

Was die mikroskopische Struktur der Keloide angeht, so ist bekannt, daß sie sich darstellt als die im Anfang zellenreicher, später zellenärmerer, elastinfreier Bindegewebstumoren, deren Aufbau sich von dem der normalen Haut völlig unterscheidet.

Der Papillarkörper ist entweder schon durch die ursprüngliche Läsion zerstört (in unserem Falle also durch die Spirochäteninvasion) oder durch den kutanen Tumor ausgeglichen. Wirklich scharfe Unterschiede zwischen „spontanen" und „Narbenkeloiden" ergibt auch die histologische Untersuchung nicht[1]).

Auch UNNA gibt in seiner meisterhaften Weise eine genaue Schilderung des makroskopischen und mikroskopischen Aufbaues der Keloide und kommt histologisch zu demselben Ergebnis wie JADASSOHN. Speziell hebt er noch folgendes hervor: „Bei einem Leprösen, welcher mit 173 frischen Keloiden bedeckt war, die sich nach Ätzungen fleckenförmiger Neurolepride gebildet hatten, exstirpierte ich

[1]) JADASSOHN, Krankheiten der Haut. Enke-Verlag, Stuttgart 1901, S. 382.

Digitized by Google

ein scherenförmiges, ½ cm hohes Keloid, das sich am Arm mit zwei spitz zulaufenden und in das Niveau der Haut absinkenden Ausläufern hinzog. Jeder Ausläufer enthielt ein in seiner Längsrichtung als Achse verlaufendes Blutgefäß, an welches sich die noch stark mit Zellen durchsetzten, parallelfaserigen, kollagenen Bündel der Länge nach ansetzten[1])."

Werfen wir nun die Frage auf, warum gerade bei Infektionskrankheiten (Furunkulose [Nackenkeloid], Tuberkulose [Skrofulose], Vakzination, Syphilis, Lepra) mit Vorliebe solche Keloidbildungen vorkommen, so kann man sich gut vorstellen, daß gerade die infektiösen Prozesse mit ihren besonderen Reizen die Hautzellen dahin beeinflussen, eine lebhafter gesteigerte Regeneration einzusetzen, die sich nicht mit der Restitutio ad integrum begnügt, sondern auch darüber hinaus einen Schutzwall eigener Art gegen die Infektion errichtet, der sich in einem Übermaß von schlecht ernährtem Bindegewebe gefällt, das seinerseits keine Unterlage und Gelegenheit zur Weiterentwicklung der Infektionskeime mehr gibt, so daß an dieser Hautstelle wenigstens eine Neuinfektion und ein Wiedereindringen der spezifischen Keime unmöglich gemacht wird. So vielleicht ist die Genese dieses hypertrophischen Narbengewebes zu erklären und plausibel zu machen. Unna selber hält auch die „spontane" Keloidbildung für fraglich.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke des städtischen Krankenhauses Mainz

Die lokale Ektebineinreibung des Lupus vulgaris in ihrer Bedeutung für die Behandlung

Von

Hugo Müller

Als Volk und Bujan (Arch. f. Derm., 1925, Bd. 148) über die Behandlung des Lupus vulgaris durch örtliche Einreibung von Ektebin berichteten, hatten wir bereits durch ähnliche Versuche den gleichen Eindruck gewonnen, wie ihn Kyrle später auf dem südwestdeutschen Dermatologentag, 8. März 1925, s. u.) bestätigte. Es gab zweifellos eine kräftige Reaktion, aber dieselbe versprach in bezug auf Heilung mehr, als sie schließlich hielt. Wir hatten daher vor Erscheinen von Volk-Bujans Arbeit die Überzeugung gewonnen, in der Ektebinherdeinreibung nur eine immerhin sehr wesentliche Unterstützung für weitere therapeutische Maßnahmen, aber keine abschließende Behandlung zu sehen. Das entsprach auch den Anschauungen von Zumbusch und Bettmann (Referat über südwestdeutsche Dermatologentagung, Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 17, H. 1/2, S. 45), sowie von Radaeli (Zbl. f. Hautkrkh., Bd. 21, H. 5/6, S. 326). Als Methoden kamen für uns in Betracht: Allgemeinbehandlung durch Krysolgan und Allgemeinbestrahlung; dazu örtliche Behandlung durch Höhensonne bzw. Kromayerlampe.

Zunächst kombinierten wir ausschließlich mit Krysolgan in der Weise, daß auf der Höhe der Ektebinreaktion die Injektion erfolgte.

Zu unserer Krysolgantherapie sei als Allgemeinbemerkung vorausgeschickt: Es ist selbstverständlich, daß zur Zeit die Goldinjektion nicht erfolgt vor Röntgenuntersuchung des Thorax.

---

[1]) Unna, Histopathologie der Haut. Hirschwald 1894, S. 842.

Digitized by Google

Bei Vorliegen von Lungenherden wollen wir als Dermatologen nicht die Verantwortung einer Injektionskur übernehmen[1]). Seit Bekanntwerden des Krysolgans haben wir es klinisch und ambulant unausgesetzt verwendet. Freilich auch schon in der Anfangszeit, als vielfach die massiven Dosen üblich waren und andernorts schwere Zwischenfälle bekannt wurden, haben wir stets mit allerkleinsten Dosen (1/100000 bis 1/10000) begonnen, um langsam auf 0,05, gelegentlich bis 0,1 zu steigen. Wenn wir bisher noch kein Exanthem danach gesehen haben, mag es ein besonders glücklicher Zufall sein, aber daß uns auch sonst nie eine toxische Schädigung aufgetreten ist, dürfte wohl in erster Reihe auf die vorsichtige Handhabung zurückzuführen sein.

Wir sahen mit dieser Kombination die Heilung, d. h. Resorption der Knötchen unter Bildung besonders glatter Narben entschieden schneller fortschreiten als vorher bei alleiniger Ektebin- bzw. alleiniger Krysolganbehandlung. Nun wurde ja schon lange dem tuberkulösen Gift eine lichtsensibilisierende Wirkung zugeschrieben. So lag es ja besonders nahe, nach Auftreten der Ektebinreaktion des Lupusherdes denselben zu bestrahlen und im übrigen die Krysolgantherapie beizubehalten. Hiermit haben wir weitere Fortschritte erzielt. Es wird auf der Höhe der Reaktion oder bei beginnendem Abklingen derselben Jesioneks Höhensonnennahbestrahlung unter strengsten Kautelen (Abdeckung und möglichst Überwachung durch Arzt) vorgenommen. Zeitdauer ist variabel, doch meist Beginn mit 2 Minuten bei 10 cm Abstand. Anschließend Borwasserkompressen. Bei ausgebreitetem Gesichtslupus wird jeweilig eine dreimarkstückgroße Fläche eingerieben (vorherige Reinigung von Schuppen usw.). Nach Ablauf der Reizung wird die nächste Zone bearbeitet. Die Krysolganinjektionen erfolgen etwa 8—10tägig; trotzdem wir die Verträglichkeit häufigerer Injektionen feststellen konnten. Jedoch erschien die genannte Zeiteinteilung ausreichend für den therapeutischen Erfolg. Überempfindlichkeitserscheinungen bemerkten wir nicht bei unseren Zeitintervallen. Als unbedingt notwendig erachten wir wie Jesionek u. a. neben der lokalen Ektebin-Lichtmethode und der Krysolgankur die Allgemeinbestrahlung, die wir bisher mit der Bachschen Höhensonne vornahmen, um jetzt zu den Jesioneklampen überzugehen. Aber auch die Allgemeinbestrahlung erfordert außer den bekannten Gefahren bei innerer Tuberkulose in einzelnen Fällen ganz besondere Vorsicht, ja sie muß gelegentlich unterbleiben. So traten bei einer Kranken auch bei vorsichtigster Rückenbestrahlung wiederholt Phlyktänen der Augen auf.

Daß auch das Ektebin besonderer Vorsicht bedarf, ist bekannt. 1. Bei Lungenherden sahen wir, wenn auch seltenst, eine Propagation auftreten. Bestehen nur Hilusdrüsen usw., so geben wir bei Ektebinbehandlung täglich alternierend mit der Allgemeinhöhensonne zugleich die Terpestrolseifenkur.

2. In einem Fall, wo sich zugleich mit Gesichtslupus alte Keratitis vorfand, traten nach jedesmaliger Ektebineinreibung Phlyktänen und

---

[1]) Leider hatten wir zu Anfang der Krysolganära diese Vorsicht nicht geübt und das Aufglimmen älterer Herde erleben müssen.

Digitized by Google

heftige Lichtscheu auf. Auf Anraten des Ophthalmologen des Krankenhauses mußte die Ektebineinreibung abgesetzt werden.

3. Bei einem 7jährigen Mädchen mit serpiginösem Extremitäten- und Gesichtslupus erfolgte nach Ektebin außer starker Lokalreaktion ein universelles skarlatiniformes Exanthem. Nach Abheilung erschien auf dem ganzen Rumpf dicht gesät ein Lichen scrophulosorum.

Die Zahl der Ektebineinreibungen kann beliebig gesteigert werden. Die Krysolgankur dauert gewöhnlich $^1/_4$ Jahr. Daran schließen wir vielfach bei fortgesetzten Allgemeinbestrahlungen bzw. bei Wiederholungskuren Arsen. Die seiner Zeit von anderer Seite beschriebene Sensibilisierung für Licht durch Arsen war uns schon vor mehreren Jahren deutlich geworden bei einem Fall von Mycosis fungoides. Die Kranke erhielt intravenös Arsen. Die rechte Körperseite war dem Fenster zugewandt, ohne daß jedoch eine Sonnenbestrahlung die Kranke treffen konnte. Nach Abschluß der Injektionskur erschien eine gleichmäßige Bräunung des unbedeckten rechten Armes, zum Unterschied von dem der Lichtseite des Zimmers abgewandten linken Arm. Eine Röntgenbestrahlung der betreffenden gebräunten Partien war vorher nicht erfolgt. Seit dieser Beobachtung haben wir bei den Allgemeinbestrahlungen neben der roborierenden auch die pigmentbildende Arsenwirkung berücksichtigt.

Betreffs der Wahl der Lichtquelle für Lokalbestrahlung haben auch wir schon vor Jahren die Anwendung des Finsen-Reyn-Apparates aufgegeben. Bei kleinen und kleinsten Herden verwenden wir gern die Quarzstangenansätze bei Kromayer-Druckbestrahlung mit und ohne Blaufilter. Doch glauben wir mit der Höhensonnennahbestrahlung annähernd gleichgünstige Resultate zu erzielen. Um kurz auf unsere übrige Lupus-vulgaris-Behandlung hier einzugehen, sei erwähnt, daß wir Röntgenmethodik nur äußerst selten verwenden und dann meist in Verbindung mit Pyrogallol.

Gerade in der Zeit der Lichttherapie muß darauf hingewiesen werden, daß in Einzelfällen die so bewährte Veielsche Methode noch zu Recht besteht. Noch kürzlich konnte ich feststellen, daß bei einer im Jahre 1896 von mir dieser Art behandelten Patientin der mehr als kinderhandflächengroße Wangenlupus völlig geheilt geblieben ist. Allerdings war damals vorausgegangen die später gefürchtete Auskratzung mit Chlorzink bzw. Milchsäureätzung. Jetzt verwenden wir Pyrogallol, wenn die Lupus-vulgaris-Knötchen versprengt im Narbengewebe sitzen, besonders an Übergangsstellen zur Nasenschleimhaut.

Beim Lupus vulgaris der Schleimhäute haben wir unter den örtlichen Behandlungsmethoden immer wieder der Milchsäureätzung den Vorzug gegeben.

Gern verbinden wir mit unserer Lupustherapie die lange fortgesetzte innere Verabreichung von Mineralsalzen in Form des Kobertschen Tees. In der Natur vieler Kranken liegt begründet, daß sie mit mehr Vertrauen einem Tee sich zuwenden, als kieselsäurehaltigen Medikamenten in Form von Tabletten usw.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß wir bei ausschließlicher örtlicher Ektebinbehandlung zwar starke Reaktionen, aber keine wesentlich be-

Digitized by Google

schleunigte Heilung des Lupus vulgaris zu sehen geglaubt haben. Dagegen ergibt die Verbindung dieser Methodik mit anschließender örtlicher Quarzlampennahbestrahlung wesentlich bessere Resultate. In Kombination mit dieser lokalen Ektebin-Lichttherapie lassen wir Krysolgan und Allgemeinbestrahlung, eventuell mit Arsen, hinzutreten. Wir glauben auf diesem Wege besonders günstige kosmetische Resultate zu erhalten.

Bei dem so bekannten Gebiet der vorliegenden Arbeit erübrigt sich das Eingehen auf die Literatur.

Über intratumorale Behandlung des Boeckschen Sarkoids mit Thorium X Degea

Von

Prof. Dr. E. Meirowsky in Köln a. Rh.

Mit 2 Abbildungen im Text

Die Aussichtslosigkeit, das Boecksche Sarkoid therapeutisch zu beeinflussen, war für mich die Veranlassung, einen Versuch zu machen, diese Hautaffektion mit Thorium X Degea zu behandeln. Da eine Auftragung dieses Mittels weder in Salbenform noch in alkoholischer Lösung zu irgend einem erkennbaren Resultat führte, ließ ich es durch die Auergesellschaft anfangs in physiologischer Kochsalzlösung, später in Normosallösung herstellen und infiltrierte die Tumoren mit dem Mittel in derselben Weise, wie man bei der Infiltrationsanästhesie vorzugehen pflegt. Die Dosierung schwankte zwischen 1000—3000 es E in 1 ccm Flüssigkeit. Da sich nach Anwendung von 3000 es E allgemeines Unbehagen, Durchfälle und Mattigkeit einstellten, bin ich später über eine Dosierung von 2000 es E in 1 ccm Normosallösung nicht hinausgegangen, obwohl ich auch bei dieser gelegentlich die eben erwähnten Störungen eintreten sah. Der bei der Einspritzung auftretende Schmerz ist meist in wenigen Minuten verschwunden. Es sind drei Frauen von mir behandelt worden.

Fall 1. Frau R. Die gesunde und kräftige Frau erhielt im Februar 1926 mit einem Stöckchen einen Schlag in die Nähe des rechten Auges. Im Anschluß daran entwickelt sich 6 Wochen später an der verletzten Stelle eine Rötung und Verdickung der Haut, die sich allmählich zu einer Geschwulst von 1 cm Durchmesser und einer Höhe von etwa ½ cm auswuchs. Die histologische Untersuchung ergab die charakteristischen Veränderungen des Boeckschen Sarkoids. Es wurden im ganzen 3 Einspritzungen in Abständen von etwa 4 Wochen gemacht. Die Patientin erhielt das erstemal 1000 es E in 1 ccm Normosallösung, das zweite- und drittemal je 2000 es E. Nach der 2. Einspritzung war der Tumor bis auf ein ganz geringfügiges, kaum noch fühlbares Infiltrat verschwunden.

2. Fall. Frau B. Zwischen Nasenwurzel und linkem Auge ist ein 2 cm langes und ½ cm breites Infiltrat vorhanden. Die Haut ist mit feinen, deutlich sichtbaren Gefäßen durchzogen. Am 22. III. 1927 Einspritzung von ½ ccm Thorium X Degea mit 1000 es E. Die Einspritzung wurde als schmerzhaft empfunden, der Schmerz verschwand sehr schnell. Am 27. IV. ist eine deutliche Abflachung eingetreten. Am 30. IV. erhielt die Patientin 0,5 ccm mit 1000 es E, am 7. VI. dieselbe Dosis. Nach dieser letzten Einspritzung treten Durchfall, Erbrechen und Appetitlosigkeit ein, die schnell wieder zurückgingen. Am 23. VI. ist die Erkrankung bis auf eine kleine Stelle am Rande der Affektion vollkommen verschwunden.

Digitized by Google

3. Fall. Frau D. Es handelt sich um eine 44jähr. Frau, die im Juli 1917 eine Rippenfellentzündung durchgemacht hat, aber im übrigen gesund gewesen ist. Seit 1925 sind zahlreiche Tumoren im Gesicht und am Halse bei ihr aufgetreten. Am auffallendsten sind die Tumoren an der Nasenwurzel und über der Nasenwurzel. Beide Tumoren sind höckerig, stark hervorspringend, sehr derb. Die Haut ist mit zahlreichen Blutgefäßen durchzogen. Der Tumor über dem Nasenrücken ist 3 cm lang, 2 cm breit und 1 cm hoch. Die histologische Untersuchung ergab das typische Bild des BOECKschen Sarkoids. Außer diesen ganz großen Tumoren befinden sich zahlreiche kleinere Tumoren von Stecknadelkopf- bis Pfenniggröße am linken Augenwinkel, über der rechten Augenbraue, auf der rechten Stirnhälfte und an der rechten Halsseite. Es wurde zunächst der Tumor am Nasenrücken am 3. II. 1927 mit 2000 es E in 1 ccm und 16. II. mit 3000 es E in 1 ccm infiltriert. Bei der 2. Einspritzung wurde auch der Tumor über der Nasenwurzel in derselben Weise mitbehandelt. Der Erfolg dieser Behandlung war der, daß der Tumor an der Nasenwurzel vollkommen resorbiert wurde und mit einer dunkeln, noch leicht infiltrierten Narbe abgeheilt ist. Auch der große Tumor war wesentlich kleiner geworden. Um diese Zeit ist die beifolgende Photographie (Abb. 1) angefertigt worden. Der Tumor an der Nasenwurzel hatte ungefähr die Dimension des Tumors über der Nasenwurzel. Der untere Tumor wurde von nun an nicht mehr behandelt und ist, wie auf der Abbildung (2) zu sehen ist, vollständig resorbiert worden. Nunmehr wurde der große Tumor oberhalb der Nasenwurzel am 4. V. 1927 und am 9. VI. mit 2000 es E in 1 ccm Normosallösung infiltriert. Nach dieser Behandlung war der große Tumor vollständig verschwunden. Im Zentrum befindet sich eine tief eingesunkene, blaurot verfärbte Narbe. Am Rande des Tumors sind drei kleine erbsengroße Tumoren neu aufgetreten. Als auffallendste Erscheinung konnte nun aber festgestellt werden, daß die Tumoren am Halse spontan verschwunden waren, ebenso die Tumoren auf der rechten Stirnhälfte, wie auch die Photographie deutlich zeigt. Außer den oben genannten neuen Tumoren in der Umgebung der alten Tumoren ist neu aufgetreten ein Tumor von etwa Bohnengröße dicht unter der Haarstirngrenze.

Abb. 1. Die Photographie ist angefertigt worden, nachdem die Tumoren über und auf der Nasenwurzel behandelt worden waren. Beide Tumoren waren erheblich größer

Abb. 2. Nach der Behandlung. Die Tumoren sind narbig abgeheilt. Der Tumor an der rechten Stirnhälfte sowie mehrere auf der Photographie nicht sichtbare Tumoren am Halse sind spontan ohne Narbenbildung verschwunden. Ein Tumor an der Stirnhaargrenze sowie mehrere kleine Knötchen an der Nasenwurzel sind neu aufgetreten

Digitized by Google

Es wäre nun die Frage zu entscheiden, welche Faktoren den Rückgang derjenigen Formen bedingt haben, die nicht mit Thorium X Degea behandelt worden sind. Hier liegen zwei Möglichkeiten vor. Es kann sich, wie bei dem Verschwinden von Warzen nach Behandlung einer einzigen Verruka, um immunisatorische Vorgänge oder um eine Wirkung des Thorium X Degea von der Blutbahn aus handeln.

Über die Wirkung des Thorium X Degea vom Blutwege aus liegen bereits zahlreiche Mitteilungen vor. Da das Thorium X ganz besonders die Leukozyten vernichtet, ist es von vielen Forschern zu Arbeiten über Entzündungen bei aleukozytären Tieren verwendet worden (ROSENOW, LIPPMANN und PLESCH, LIPPMANN und BRÜCKNER, PAPPENHEIM und PLESCH, TH. G. SKLAWUNOS). Die injizierten Thoriummengen betrugen bei LIPPMANN und PLESCH in der Regel 85—100 es E auf 100 g Körpergewicht. LIPPMANN und BRÜCKNER verabfolgten Kaninchen eine Aktivitätsmenge von 2000 es E pro Kilogramm Körpergewicht. SKLAWUNOS (1), dessen Arbeit ich die vorgenannten Angaben entnehme, wählte eine Dosis von 2300—2500 es E pro Kilogramm Körpergewicht. Bei allen vier von SKLAWUNOS mit intravenösen Thorium-X-Injektionen behandelten Tieren war mit Einsetzen des Leukozytensturzes gegen Ende des zweiten Tages eine prozentuale Steigerung der Lymphozyten deutlich ausgeprägt. Durch fortschreitende Verminderung der Granulozyten persistierten schließlich noch am letzten oder vorletzten Tage bei einer Gesamtleukozytenzahl von 100 im Kubikzentimeter allein noch die lymphozytären Elemente. Es ist verständlich, daß die Eigenschaft des Thorium X, die Leukozyten zu vernichten, dazu verwendet wurde, um die Myeloleukämie erfolgreich zu behandeln. Diesbezügliche Beobachtungen liegen von zahlreichen Autoren vor (v. NOORDEN, MESETH, PLESCH, FALTA, ROSENOW, J. FEILCHENFELD und A. PETERS u. a.). Wahrscheinlich bildet die Tatsache, daß das Thorium X fast spezifisch auf die Leukozyten einwirkt, eine Erklärung dafür, daß nach der intratumoralen Behandlung mit dieser Lösung das Gewebe des BOECKschen Sarkoids zur Einschmelzung gelangt. Es liegt vielleicht die Möglichkeit vor, daß ebenso wie die Leukozyten auch die Epitheloidzellen eine besondere Sensibilität gegen Thorium X besitzen.

Ob der hier geschilderten Methode eine praktische oder nur eine theoretische Bedeutung zukommt, läßt sich natürlich an der Hand des vorliegenden kleinen Materials nicht entscheiden. Sie müßte weit ausgiebiger am klinischen Material erprobt werden, als es in der Privatpraxis möglich ist. Sie besitzt zweifellos den Vorzug großer Einfachheit. Ihre Nachteile liegen auch nicht so sehr in ihrer schnell vorübergehenden Schmerzhaftigkeit und in der Giftigkeit des Thorium X, die man bei richtiger Dosierung vermeiden kann, sondern vielmehr in der Tatsache, daß das Thorium X sehr schnell die Tumoren verläßt und wahrscheinlich von der Blutbahn aufgenommen wird. Es ist deshalb als ein Fortschritt zu bezeichnen, daß HALBERSTAEDTER sich den Vorschlag von DUANE zunutze machte, das erste Zerfallsprodukt des Radiums, das Radon, einen gasförmigen Körper, in Glaskapillaren zu füllen und zur direkten Einführung in die Tumoren zu benutzen. Der Versuch, auch in Deutsch-

Digitized by Google

land das Radon für die Tumorenbehandlung nutzbar zu machen, scheiterte jedoch in erster Reihe daran, daß man etwa 1,0 Radium zur Emanationsbereitung festlegen mußte. In Verbindung mit der Auer-Gesellschaft hat deshalb HALBERSTAEDTER das Thorium X mit Bariumsulfat in einen unlöslichen Niederschlag gebracht, diesen mit einer indifferenten viskösen Masse innig vermischt und daraus dünne, etwas elastische Stäbchen mit einem Durchmesser von 0,4 mm in beliebiger Länge angefertigt, die bequem mit einer Nadel mit Hilfe von Kanülen eingeführt werden können. Bei etwas größeren Tumoren verwendet HALBERSTAEDTER fast ausschließlich mit Goldfilter versehene Thorium-X-Stäbchen, bei denen das Gold als Filter wirkt und die ohne Filterung stets eintretende Nekrose auf ein Minimum reduziert.

Die Erfahrung wird zeigen müssen, ob nicht diese Methode HALBERSTAEDTERS einfacher und für die Praxis geeigneter ist als das von mir angewendete Verfahren. Grundsätzlich wichtig erscheint mir die Feststellung, daß das Gewebe des BOECKschen Sarkoids, das man nach meinen Erfahrungen mit Röntgenstrahlen nicht oder nur wenig beeinflussen kann, offenbar eine ausgesprochene Empfindlichkeit gegen Thorium X besitzt und daß hier vielleicht ein Weg vorliegt, diese therapeutisch bisher unbeeinflußbaren Fälle zu bessern und größere Tumoren zu beseitigen.

Literatur

1. FEILCHENFELD, J. u. PETERS, A., Erfolgreiche Behandlung der myeloischen Leukämie mit Thorium X (Doramad). B. kl. W., 3. Jahrg., Nr. 32. — 2. HALBERSTAEDTER, J., Über intratumorale Behandlung. Strahlentherapie, 1927, Bd. 24. — 3. SKLAWUNOS, Experimentell-histologische Studien über Entzündung bei „möglichst" leukozytenfrei gemachten Tieren. Krankheitsforschung, 1925, Bd. 1.

Aus der Hautklinik der Med. Akademie Düsseldorf (Direktor: Prof. C. STERN)

Über die Wirkung der BUCKYschen Weichstrahlen auf die Kapsel der Kaninchenniere

Von

Prof. C. STERN

Mit 3 Abbildungen im Text

Seit Jahren beschäftigt mich die Frage, welchen Anteil an der Heilung der Hauttuberkulose und des Karzinoms die an beiden Krankheitsformen histologisch nachweisbare „entzündliche Reaktion hat". Es kann doch die bei beiden Prozessen deutlich hervortretende Beteiligung des Bindegewebes in Form der oft recht ausgedehnten Veränderungen kaum ein Zufallsbefund sein, vielmehr fasse ich ihn seit Jahren als eine Abwehrreaktion auf. Naturgemäß interessierte mich bei dieser Auffassung auch der Anteil, den die Röntgenbestrahlungen auf diese reaktiven Veränderungen ausübten. Bei histologischen Untersuchungen bestrahlter Lupusherde bzw. auch bestrahlter Hautkarzinome ist es naturgemäß

Digitized by Google

außerordentlich schwer zu entscheiden, ob und welche Veränderungen etwa im Sinne der Anregung der natürlichen Reaktion aufzufassen sind. Ich suchte daher nach einem Organ, bei dem Bindegewebe so eindeutig zu bestrahlen war, daß wir nach den Bestrahlungen an diesem Bindegewebe die Einwirkungen der Bestrahlungen feststellen konnten, ohne dem Einwand zu begegnen, die Erscheinungen seien sekundäre, etwa die Folge einer primären Parenchymschädigung.

Nun habe ich schon im Jahre 1905 die Kaninchenniere zum Gegenstand von experimentellen Untersuchungen gemacht, als ich über die Wirkung der Nierenaushülsung nach EDEBOHLS arbeitete. Hierbei habe ich recht interessante Feststellungen über den Bau der Nierenkapsel gemacht, die mich veranlaßten, im Jahre 1908 meine Versuche mit Übertragung von spirochätenhaltigen Sklerosenteilen auf die Niere der Kaninchen aufzunehmen, über die ich im Jahre 1910 in der Derm. Zschr., Bd. 13, H. 6, berichtete. Da S. BERGEL neuerdings mit einem großen Aufwand von Papier die Behauptung aufstellt, er habe etwas grundsätzlich Neues bewiesen, will ich an dieser Stelle aus dieser Arbeit (S. 401) nur einen Satz anführen. „Diese lokale Leukozytose hält die Infektion in Schranken, sie scheidet rasch die Infektionsträger ein, sie verdaut die Spirochäten und bildet so zweifellos den wirksamsten Schutz gegen die Allgemeininfektion."

Die damaligen Untersuchungen, über deren histologischen Befund ich an der Stelle berichtet habe, ließen mir auch weiter die Kaninchenniere als ein Organ erscheinen, das experimentell für Fragen der Beeinflussung von Bindegewebe sehr geeignet ist. Die Kapsel ist außerordentlich reich an Lymphgefäßen, ist sehr dehnbar und besteht aus zwei Lagen, die sich bei einiger Vorsicht mechanisch voneinander trennen lassen ohne Schädigung des Nierenparenchyms. Dabei ist die Niere der Kaninchen außerordentlich leicht zu luxieren.

Ich ging bei allen Versuchen so vor, daß nach Rasieren der Rückenhaut und Jodieren der Nierengegend die Niere (meist die rechte) der Rückenwand entgegengedrängt wurde. Das Tier liegt mit dem Kopf dem Operateur abgewandt auf einem Brett gut fixiert. Neben dem großen Rückenmuskel wird auf die der Rückenwand entgegengedrängte Niere nach Durchtrennung der Haut stumpf eingegangen, die Niere durch die 3 cm lange Wunde durchluxiert und auf die Rückenwand gelagert. Auf die so gelagerte Niere kann man Einwirkungen aller Art erfolgen lassen. Zu meinen Versuchen mit Bestrahlungen benutzte ich stets die dorsale Seite der Niere, weil in dieser Lage die Gefäße weniger gezerrt werden, als wenn die ventrale Fläche der Niere der Bestrahlung ausgesetzt ist. Nach der Bestrahlung wurde die Niere vorsichtig reponiert, die Wunde durch Nähte geschlossen und mit Kollodiumverband versehen. Die Tiere wurden nach verschieden langer Zeit (2 Stunden bis 4 Wochen) durch Nackenschlag getötet und die Nieren in Formolalkohol fixiert, in Paraffin eingebettet und in üblicher Weise verarbeitet.

In dieser Weise habe ich seit längeren Jahren versucht, die Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Nierenkapsel zu ermitteln.

Sowohl mit gashaltigen Röhren wie mit Coolidge-Röhren haben wir Bestrahlungen vorgenommen, die das immerhin beachtenswerte Resultat ergaben, daß es gelingt, die Kapsel der Kaninchenniere durch Röntgenstrahlen zu einer ganz enormen Verdickung anzuregen. Die Versuche sind naturgemäß mit Tierverlusten verbunden. Solange wir ohne Narkose arbeiteten, verloren wir Tiere eigentlich nur durch unglücklichen Zufall, wenn der Wärter das Tier nicht gut fixiert hatte und die Niere bei starkem Pressen des Tieres in den Gefäßen geschädigt wurde. Bei der Narkose verloren wir einige Tiere in der ersten Zeit.

Digitized by Google

Bei einigen Tieren, die sich an der Wunde stark gekratzt hatten, traten Abszesse an der Wunde auf, so daß ich diese Präparate ausgeschaltet habe. Im Laufe der Versuche, an denen sich meine früheren Mitarbeiter recht eifrig beteiligt haben, bekamen wir aber doch eine hinreichende Technik und Erfahrung. Dieses hat mich veranlaßt, die Bestrahlungen im letzten Winter auch mit der Bucky-Röhre aufzunehmen.

Auf unsere klinischen Beobachtungen will ich an dieser Stelle nicht eingehen. Nach Versuchen an lebender Haut kamen wir zu der Feststellung, daß 15 Min. als HED-Dosis für unsere Röhre gelten konnte. Ich habe daher die Bestrahlung der Kaninchenniere so eingerichtet, daß ich 8—10 Min. als Bestrahlungszeit rechnete. Es kam mir darauf an, eine Reizdosis zu geben. Ohne im einzelnen an dieser Stelle auf die Resultate einzugehen will ich berichten, daß mir zahlreiche einwandfreie Präparate zur Verfügung stehen, wobei ich bemerken will, daß wir selbstverständlich Kontrollversuche ausgeführt haben in der Weise, daß ich z. B. die Niere nur luxierte und ohne zu bestrahlen sie nur die gleiche Zeit wie zur Bestrahlung ruhig der Luft aussetzte. In anderen Fällen habe ich die Niere eine gleiche Zeit mit Quarz bestrahlt, in anderen die entsprechende Fläche mit Jod gepinselt, um zu ermitteln, ob etwa auch Reize anderer Art als die Bestrahlung mit Röntgen Einfluß auf die Nierenkapsel hätte. Alle Kontrollversuche ergaben negative Ergebnisse. Es sind daher unsere Befunde lediglich auf die Wirkung der Bestrahlung zurückzuführen.

Was nun die Wirkung der Bucky-Weichstrahlen anlangt, so habe ich Befunde erhoben 3 Stdn., 14 Stdn., 24 Stdn., 60 Stdn., 8 Tage bis 4 Wochen nach der Bestrahlung. Über ähnliche Zeitabstände verfüge ich bei den in früheren Jahren erfolgten Bestrahlungen mit gashaltigen bzw. gasfreien Röntgenröhren. Bei diesen Bestrahlungen, die ohne Filter und mit Filter vorgenommen wurden, fand ich regelmäßig nach 8 Tagen schon eine sehr erhebliche Verbreiterung der Nierenkapsel, die sich bei den 4 Wochen nach der Bestrahlung getöteten Tieren als eine schon makroskopisch feststellbare enorme Verdickung der Kapsel nachweisen ließ. Die Kapsel ist um das 15—20fache des Normalen verbreitert. Bei den mit Bucky bestrahlten Nieren zeigt sich 3 Stunden nach der Bestrahlung folgender Befund:

Nierenkapsel etwas aufgelockert, zwischen den Lagen rote Blutkörperchen in Haufen außerhalb der Gefäße. Nierenepithelien in der Tiefe durchaus normal, gut färbbar. An den tieferen Glomerulis nichts Pathologisches. Dagegen finden sich unmittelbar unter der bestrahlten Kapsel in der oberen Lage zwischen den Harnkanälchen freie Blutungen und unregelmäßig zerstreut, teils gut gefärbt, teils in Form krümeliger Haufen Leukozyten und Lymphozyten. Teilweise liegen die großen und mehrkernigen Leukozyten frei zwischen den roten Blutkörperchenhaufen. Die Zellanhäufungen liegen zwischen den Harnkanälchen, diese zum Teil verdrängend. Die Epithelien der Harnkanälchen sind an dieser Stelle teilweise gut erhalten, teilweise abgehoben und ausgefallen. Der ganze aus Blutungen und Zellanhäufungen bestehende Herd reicht höchstens fünf Harnkanälchen breit in die Tiefe.

An dieser Stelle liegen auch in der Kapsel außer roten Blutkörperchen dichte Züge von einkernigen Lymphozyten neben einzelnen gelapptkernigen Leukozyten (Abb. 1).

Die 60 Stunden nach der Bestrahlung gewonnene Niere machte makroskopisch den Eindruck, als sei an der bestrahlten Seite eine fettige Degeneration in einer

Digitized by Google

Breite von etwa 5 mm eingetreten. Dieser Rand hob sich als gelblicher Herd von dem übrigen Teil der Niere ab. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, daß in diesem Falle die entzündliche Veränderung (Blutungen, Leukozyten und Lymphozyten anhäufig) tiefer reichten als in dem Falle 3 Stunden nach der Bestrahlung. Histologisch waren aber auch an diesem Präparat Degenerationserscheinungen am Nierenparenchym nicht festzustellen. Insbesondere waren an keiner Stelle an der Glomerulis Zeichen von Entzündungen nachzuweisen (Präparat 62).

Bei stärkerer Vergrößerung sieht man auch in den tieferen Partien freie Blutungen und zwischen den Harnkanälchen gelegene Haufen von Leuko- und Lymphozyten. Bei den Manipulationen (Reponieren der bestrahlten Niere) sind Blutungen

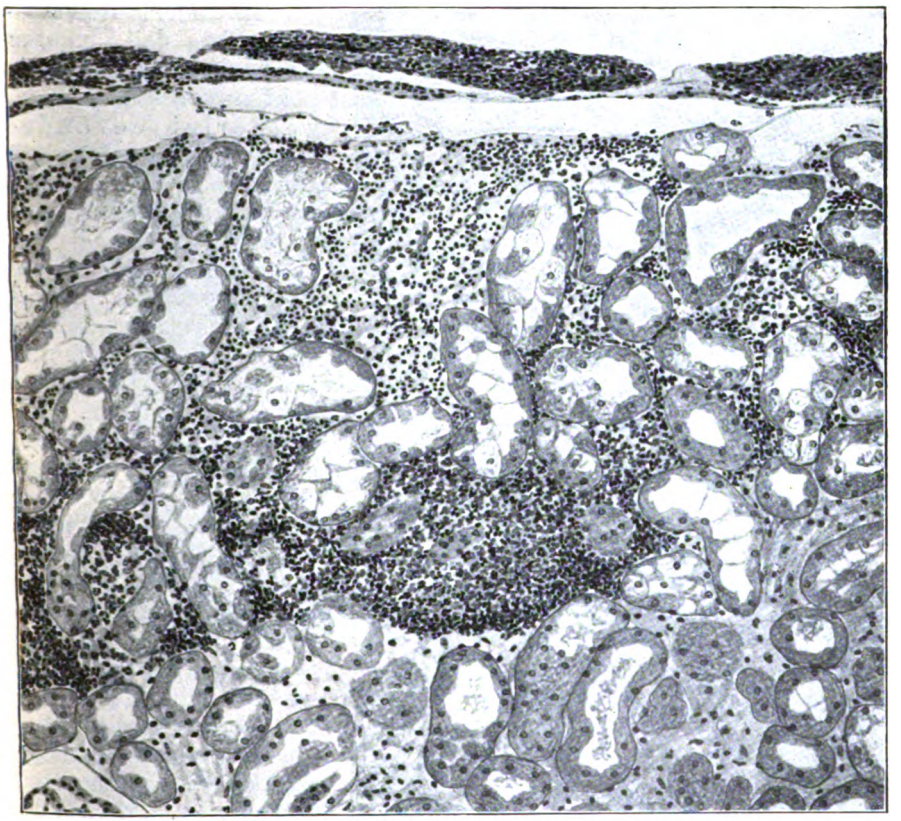


Abb. 1. Kaninchenniere 3 Stunden nach der Bestrahlung mit Buckyröhre

an sich nicht immer zu vermeiden. Es sind uns Tiere eingegangen, die größere Blutungen aufwiesen in der Umgebung der reponierten Niere. Man muß also bei solchen Versuchen sehr vorsichtig sein und für die Beurteilung nur einwandfreie Präparate heraussuchen.

Ich lege daher mehr Gewicht auf die Präparate, die nach längerer Zeit (8—30 Tage) nach der Bestrahlung gemacht sind. Hier waren die Nebenerscheinungen in Art der Blutungen ausgeglichen und der Befund beschränkte sich auf die Veränderungen an der Kapsel.

In diesen Fällen fiel der Unterschied sofort enorm auf. Schon

Digitized by Google

makroskopisch ist die Kapsel an der bestrahlten Stelle als dicker, fast 5 mm breiter Streifen zu erkennen.

Mikroskopisch erscheint die Kapsel bei van Gieson-Färbung in zwei Lagen geteilt, von denen die tiefere intensiv gefärbte, aus ziemlich gleichmäßigen Fibrillen besteht. In diesen teils langgestreckten, teils kürzeren Zellagern erkennt man reichlich spindelförmige Kerne von verschiedener Größe. An einzelnen Stellen an der Peripherie neugebildete Gefäße, siehe Abb. 2, die die enorme Verdickung der Kapsel zeigt.

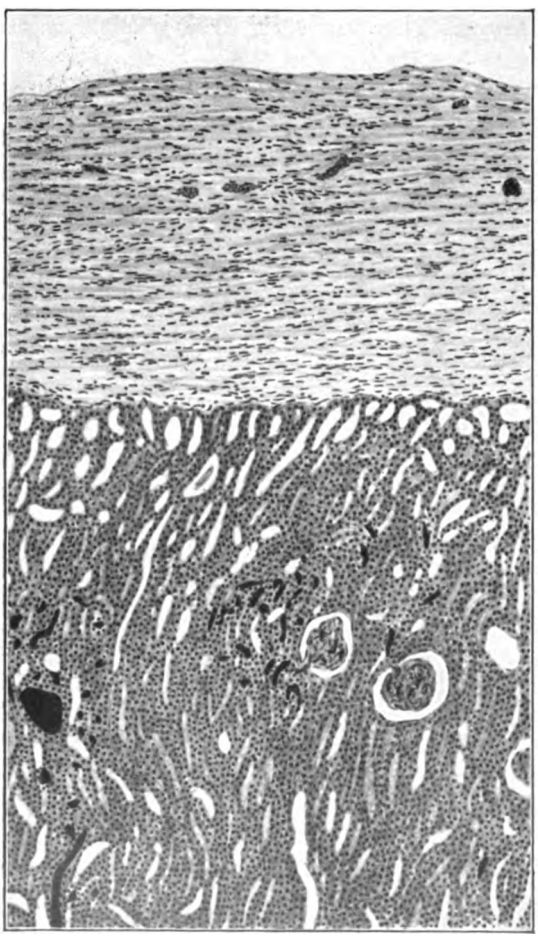


Abb. 2. Kaninchenniere. Kapselverdickung 30 Tage nach der Bestrahlung mit Buckyröhre

Besonders hervorzuheben ist, daß an dem Nierenparenchym direkt unter der Kapsel keinerlei Veränderungen vorhanden sind. Die Harnkanälchen zeigen normale Epithelien, die Glomeruli normales Verhalten, insbesondere keine Vermehrung der Epithelien, auch keine Zeichen von Entzündung. Im ganzen ist das Bild also so, daß schon 3 Stdn. nach einer 10 Min. langen Bestrahlung mit Bucky-Weichstrahlen Zeichen von Entzündung an der Nierenkapsel auftreten. Geringe Mitbeteiligung der obersten Schichten des Nierenparenchyms in Form von Blutungen und Zellaustritt, die nach 60 Stdn. nach der Bestrahlung intensiver sein können, gleichen sich 8 Tage nach der Bestrahlung schon wieder aus. 4 Wochen nach der Bestrahlung ist die Kapselverdickung enorm, ohne nachweisbare Beteiligung des Nierenparenchyms.

Histologische Untersuchungen über die Wirkung der überweichen Röntgenstrahlen liegen bisher nur vor von BUSCHKE und SKLAREZ (M. m. W., 1925, Nr. 2, S. 806), die bestrahlte Haut von Mäusen und Meerschweinchen untersuchten. Die Bestrahlungsdauer betrug 15 bis 30 Min., war also wesentlich länger als in unseren Versuchen. Nach einer Bestrahlung von im ganzen 150 Min. trat bei einem Meerschweinchen

Digitized by Google

eine „richtige Röntgenschädigung auf, mit Bildung eines Ulkus und Blasenbildung". Es darf nicht wundernehmen, daß bei solcher Bestrahlungsdauer, die wesentlich über die von BUCKY angegebenen Zeiten hinausgeht, Schädigungen auch an der Epidermis erzielt werden können. Ich glaube aber nicht, daß derartige Schädigungen das Normale darstellen.

SCHOLTZ (Königsberg), der schon vor 25 Jahren im Arch. f. Derm., Bd. 55, über Versuche berichtet hat, nahm neuerdings die Prüfung wieder auf, in welcher Weise die Röntgenstrahlen auf die Zellen wirken (D. m. W., 1927, Nr. 167). Diesen Versuchen muß aber entgegengehalten werden, daß sie alle mit sehr erheblichen Dosen arbeiteten. Bestrahlungen von 2—3stündiger Dauer (10—20 HED) oder wie in den neueren Versuchen mit der Erythemdosis müssen immer so gerechnet werden, daß sie den Zellen eine Dosis zuführen, von der wir nach dem klinischen Be-

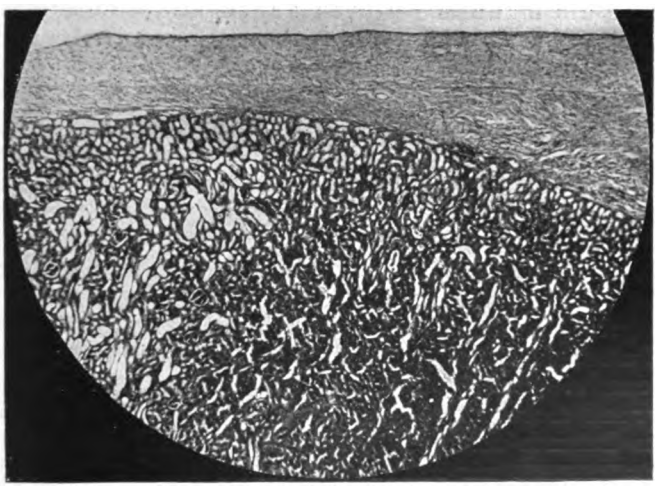


Abb. 3. Kaninchenniere. Kapselverdickung 6 Wochen nach Bestrahlung mit Coolidgeröhre

fund annehmen müssen, daß sie lähmend und daher schädigend auf die Zelle wirken (1—3 HED), wenn auch SCHOLTZ angibt, daß auch nach solchen Dosen eine Erholung der bestrahlten Zellen nach mehreren Tagen wieder eintritt. Mir schien diese Dosis zu hoch besonders bei einem Gewebe, das wie das Bindegewebe an sich eine höhere Röntgenempfindlichkeit haben dürfte als Epidermiszellen und auch wohl als Bohnenkeimlinge, an denen SCHOLTZ und sein Schüler CASEMIR die Wirkung dieser starken Bestrahlung studierten. SCHOLTZ hebt (S. 645) hervor, daß nach mittelstarken Bestrahlungen mit Röntgenstrahlen „auch in der Umgebung des Krebsknotens das Bindegewebe mit seinen Blutgefäßen und das entzündlich reaktive Zellinfiltrat durch die Bestrahlung geschädigt wurde" (von mir gesperrt; ST). Mir lag es ja gerade daran, die Wirkung der Strahlen auf das Bindegewebe zu studieren, daher durften meine Dosen nicht zu hoch sein.

Digitized by Google

Die Ergebnisse meiner Untersuchungen bestätigen die bisher vorliegenden klinischen Erfahrungen, die ich auch an meinem Material erhoben habe. Alle Autoren (vgl. WERTHER, RUETH, Derm. W., S. 1001) sind darüber einig, daß es sich um Oberflächenwirkung handelt, die bei längeren Bestrahlungen den Charakter der entzündlichen Reaktion tragen. Hierfür spricht der Befund von lange dauerndem Erythem und langdauernder Pigmentierung. Beachtlich erscheint mir aber doch, daß wir nach meinen Versuchen durch relativ kleine Dosen eine langdauernde Wucherung des Bindegewebes erreichen können. Wenn ich auch weit davon entfernt bin, meine Befunde an der Kaninchenniere ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen, so sprechen Beobachtungen an bestrahlten Lupusherden in Verbindung mit unseren Befunden doch wohl dafür, daß der Anteil der Reizwirkung auf das Bindegewebe bei Röntgenbestrahlungen vielleicht größer sein dürfte als manche Autoren zugeben wollen. Ob es deshalb immer richtig ist, auch beim Karzinom besonders an der Haut mit hohen Dosen, die nach SCHOLTZ die Karzinomzellen „lähmen" sollen, zu arbeiten, bedarf doch sehr der Nachprüfung. Ich persönlich bin der Meinung, daß wir mit der BUCKYschen Weichstrahltherapie vielleicht überall da einen Erfolg erzielen können, wo es uns darauf ankommen muß, die natürliche Reaktion des Bindegewebes zu steigern, also bei Lupus, flachen Epitheliomen. In dieser Beziehung ergeben meine Befunde vielleicht einen Hinweis. Da ich gleiche Befunde von Kapselverdickung ohne Parenchymschädigung auch bei Kaninchennieren fand, die mit anderen Röhren (COOLIDGE) bestrahlt waren, so handelt es sich wohl nicht um Wirkungen der Weichstrahlen an sich, sondern um Wirkungen, die wohl allgemein als ein Teil der Röntgenwirkung aufzufassen sind, wenn sie auch bei der Bucky-Röhre vor allem in den Vordergrund treten.

Meine Befunde stimmen überein mit den Mitteilungen, die neuerdings MARTENSTEIN mit GRANZOW-IRRGANG und JUON in der Strahlentherapie, Bd. 26, H. 1 machte. Wichtig sind vor allen Dingen auch die Befunde von GABRIEL, der darauf hinweist, daß es sich bei den Buckystrahlen um die Kapillarschädigungen handelt.

Wenn auch die Autoren mehr Gewicht auf die klinischen Befunde legen und mit anderem Material arbeiteten als wir, sind doch die Feststellungen ganz besonders wichtig, daß es sich bei den Weichstrahlen (Grenzstrahlentherapie) wesentlich um Kapillarwandschädigung handelt. Nehmen wir dazu meine Befunde von der stark entzündungserregenden Wirkung der Weichstrahlung, so wird man doch daran festhalten müssen, in der Übertragung der Ergebnisse auf den Menschen sehr zurückhaltend zu sein, besonders in den Fällen, in denen unsere bisherige Art zu bestrahlen sich nicht als unangebracht erwiesen hat.

Digitized by Google

Aus dem Forschungsinstitut für Bäderkunde und Stoffwechsel in Wiesbaden
(Leiter: Dr. Karl Harpuder)

Untersuchungen zur Theorie der Goldsolreaktion im syphilitischen Liquor

Von

Dr. Ernst Bender in Wiesbaden

Trotz zahlreicher experimenteller Untersuchungen gehen die Ansichten über das Zustandekommen der Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis noch weit auseinander: Zsigmondy führt sie zurück auf quantitative Verschiebung in der Konzentration der verschiedenen Eiweißkörper. Andererseits wird ein spezifischer Reaktionskörper gesucht, der für den Ausfall der Goldsolreaktion in den verschiedenen Typen verantwortlich zu machen sei. — Von dieser letzteren Ansicht ging Epstein aus (Kl. W., 1927, Nr. 5), als er den Beweis zu führen versuchte, daß bei der Lues im Liquor ein spezifischer Reaktionskörper vorhanden sei, der vermöge seiner positiven elektrischen Ladung an das negativ geladene Goldsol adsorbiert werde und das letztere dadurch flocke. Den Eiweißkörpern käme darnach irgend eine spezifische Rolle für das Zustandekommen der Liquorreaktion nicht zu. Mindestens wird ihre Bedeutung in der Epsteinschen Arbeit hierfür nicht in Betracht gezogen. Epstein kann den Reaktionskörper aus seiner Adsorptionsverbindung mit dem Gold eluieren und mit der Eluationsflüssigkeit neuerdings die Fällungsreaktion herbeiführen. Dabei enthält das ausgeflockte Gold und das Eluat nach dem Ausfall von Mikrostickstoffbestimmungen kein Eiweiß. Die vom geflockten Gold befreite Liquorflüssigkeit weist aber den gleichen Eiweißgehalt wie der native Liquor auf. Wenn die Ausflockung des kolloidalen Goldes bei der Reaktion mit syphilitischem Liquor nach diesen Ausführungen eine einfache Kolloidrektion zwischen einem negativen und positiven Körper ist, so müßte der fragliche positive Körper statt mit dem negativen Suspensionskolloid Gold auch mit einer negativen Suspension aus dem Liquor zu entfernen sein. Es müßte also — die Richtigkeit der Epsteinschen Beweisführung vorausgesetzt — gelingen, durch Ausschütteln eines syphilitischen Liquor mit negativ geladenen Adsorbentien und Abfiltrieren der suspendierten Partikel Liquorfiltrat zu erhalten, bei dem die Flockungsreaktion negativ ist, während andererseits die Veränderung im Eiweißgehalt von minder bedeutender Größenordnung sein müßte. Von positiv geladenen Suspensionen dagegen dürfte voraussetzungsgemäß unabhängig vom Eiweißgehalt der Ausfall der Liquorreaktion nicht beeinflußt werden. Die Möglichkeit, aus dem Liquor das Agens, welches den positiven Ausfall der Liquorreaktion bedingt, durch Adsorption mit Tierkohle zu entfernen, ergibt sich schon aus den Versuchen von Fischer und Ellinger mit Tierkohle. Für uns aber kam es vor allem darauf an, zu sehen, ob die Entfernung dieses Agens von der elektrischen Ladung der suspendierten Partikel abhängig ist.

Digitized by Google

Versuchsmethodik: 2 ccm eines Liquor, von dem in üblicher Weise die Langesche Goldsolreaktion angestellt worden war und sich als stark positiv (syphilitisch) erwiesen hatte, wurden mit abgestuften Mengen positiv und negativ geladener Adsorbentien geschüttelt, filtriert. Mit dem Filtrat wurde neuerdings die Goldsolreaktion angestellt. Bei einer Anzahl von Fällen wurde im Liquor vor und nach dem Schütteln der Gesamtstickstoff mit je $^1/_2$ oder 1 ccm durch Mikro Kjeldahl bestimmt. Insgesamt wurden 30 Liquores von Syphilitikern, Paralytikern, Tabikern[1]) stammend untersucht. Als positive Adsorbentien wurden Ceroxyd, Tierkohle, die mit $^1/_{100}$ norm. Salzsäure positiv aufgeladen wurde, Aluminiumoxyd, — als negative wurden Kaolin, Tierkohle mit und ohne Sodazusatz, Bolus und Argilla verwendet. Aus zahlreichen Versuchen seien hier nur einige als Beweis für die Art der Untersuchung angeführt:

1.8 ccm	syphil. Liquor	+	0,2	1 ‰ige	Soda	mit	50 mg	Tierkohle, geschüttelt,	Filtrat GSR neg.
1,8 ccm	„	„	+	0,2	1 ‰ige	„	„	40 mg	„ „ „ GSR „
1 ccm	syphilitischer	Liquor	mit	20 mg	Argilla,	geschüttelt,	Filtrat	GSR negativ	
1 ccm	„	„	„	15 mg	„	„	„	GSR „	
1 ccm	„	„	„	10 mg	„	„	„	GSR abgeschwächt	
1 ccm	„	„	„	15 mg	Kaolin	„	„	GSR „	
1 ccm	„	„	„	25 mg	„	„	„	GSR negativ	
1 ccm	„	„	„	20 mg	Bolus	„	„	GSR unverändert	
1 ccm	„	„	„	30 mg	„	„	„	GSR negativ	
1,8 ccm	syphil. Liquor	+	0,2 n/100 HCl	+	0.2 g	Tierkohle,	geschüttelt,	Filtrat neutralis.	GSR neg.
1,8 ccm	„	„	+	0,2 n/100 HCl	+	50 mg	„	„ „ „	GSR „
1 ccm	syphilitischer	Liquor	mit	100 mg	Aluminiumoxyd	geschüttelt,	Filtrat	GSR negativ	
1 ccm	„	„	„	50 mg	„	„	„	GSR „	
1 ccm	„	„	„	25 mg	„	„	„	GSR „	
1 ccm	„	„	„	15 mg	„	„	„	GSR abgeschw.	
1 ccm	„	„	„	20 mg	„	„	„	GSR negativ	

Aus den Resultaten geht hervor, daß es in der Tat möglich ist, einen goldsolpositiven Liquor durch Behandlung mit Adsorbentien negativ zu machen. Es geht aber weiter mit aller Sicherheit hervor, daß die Adsorptionswirkung für das Agens, das die Goldreaktion hervorruft, von der Ladung nicht nachweisbar abhängig ist. Ferner zeigte sich (s. Tabelle), daß jedes Mal das Negativwerden des Liquors verknüpft ist mit einer beachtlichen Reduktion des Eiweißgehaltes, wobei freilich eine konstante Grenze in letzterem, unterhalb deren das Liquorfiltrat keine Reaktion mehr gibt, nicht festzustellen war.

Ebensowenig läßt sich für die einzelnen Adsorbentien ein konstanter Grenzwert angeben, der einen positiven Liquor negativ macht. Die benötigte Menge scheint einerseits von der Oberflächenentfaltung der suspendierten Partikel abzuhängen, andererseits mit dem Eiweißgehalt des verwendeten Liquors paralell zu gehen.

Nach dem Gesagten war es uns also mit unserer Methodik nicht möglich, zu einer Bestätigung der Epsteinschen Versuchsergebnisse zu kommen. Um noch etwas größere Klarheit zu erhalten, haben wir schließlich einige Modellversuche ausgeführt, indem wir statt des Liquors Gelatinelösungen mit positiven Farbstoffen färbten und feststellten: 1. Wie der positive Farbstoff das Verhalten der Gelatinelösung zu Gold beeinflußt? 2. Ob es möglich ist, mit negativen Adsorbentien den positiven Farbstoff von der negativ geladenen Gelatine zu trennen? Und 3. Wie positiv geladene Suspensionen auf die angefärbte Gelatine wirken?

---

[1]) Für das Material bin ich Herrn Oberarzt Dr. Gutmann und dem Leiter der bakteriolog.-serologischen Abteilung Herrn Dr. Roth zu besonderem Danke verpflichtet.

Digitized by Google

Milligramm-Substanz pro 1 ccm Liquor	Goldsolkurve vor dem Schütteln	Goldsolkurve nach dem Schütteln	Gesamt N mg-% vor dem Schütteln	Gesamt N mg-% nach dem Schütteln
		Positive Adsorbentien:		
50 mg Tierkohle + N/100 HCl	Paralysenkurve	negativ	25,7	8,82
25 mg Aluminiumoxyd	Paralysenkurve	abgeschwächt bis 8. Röhrchen	15,32	5,88
25 mg Aluminiumoxyd	Starke Paralysenkurve	negativ	16,4	9,0
25 mg Aluminiumoxyd	Paralysenkurve	negativ	30,3	18,5
12,5 mg Aluminiumoxyd	Paralysenkurve	abgeschwächte Reaktion	30,3	18,4
		Negative Adsorbentien:		
15 mg Kaolin	Paralyse	abgeschwächt bis 5. Röhrchen	24,4	15,57
15 mg Kaolin	Paralyse	abgeschwächt bis 3. Röhrchen	26,2	25,5
25 mg Tierkohle + Na OH	Paralyse	negativ	22,4	11,34
25 mg Tierkohle + Na OH	Paralyse	negativ	16,4	10,0
15 mg Bolus	Paralyse	unverändert	18,56	18,4
15 mg Bolus	Paralyse	unverändert	25,8	20,8
35 mg Bolus	Paralyse	unverändert	25,8	18,0

Die Gelatinelösung wurde nach den Angaben von JOEL[1]), aber mit bester MERCKscher Gelatine hergestellt durch Auflösen von 1 g in 100 ccm 0,4 %iger NaCl-Lösung. Von dieser Stammlösung wurde 1 ccm mit 99 ccm 0,4 %iger NaCl-Lösung verdünnt und mit dieser Verdünnung die LANGEsche Reaktion angestellt. Bei einem molekularen Verhältnis Gelatine zu Neutralrot etwa 1200 : 1; 12 : 1; 1,2 : 1 war eine Flockung des Goldes bei der typischen LANGE-Reaktion nicht stärker, scheinbar sogar meist schwächer als in einer Gelatinelösung allein. Erst wenn die Neutralrotkonzentration etwa das Zehnfache der Gelatinekonzentration beträgt, erfolgt eine vollständige Koagulierung der ganzen LANGEschen Reihe mit dem Maximum im 3., 4., 5. Röhrchen. Es zeigte sich also, daß das positive Neutralrot in einer Gelatinelösung einen merklichen Einfluß auf die Goldreaktion erst dann bekommt, wenn seine molekulare Konzentration die der Gelatine erheblich übertrifft. — Das positive Neutralrot an sich flockt natürlich das negative Gold, aber die Gelatine wirkt als Schutzkolloid und verdeckt die koagulierende Wirkung des Farbstoffes. Über die Einwirkung der Adsorbentien auf Eiweiß- und Farbstoff-Konzentration der im mole-

[1]) s. JOEL, Die Goldsolreaktion im Liquor cerebrospinalis. Akademische Verlagsgesellschaft, Leipzig 1925.

Digitized by Google

kularen Verhältnis 10:1 mit Neutralrot angefärbten Gelatine orientiert weiter folgende Tabelle:

Adsorbens in mg pro 1 ccm	RN vor dem Schütteln	RN nach dem Schütteln	Farbstoffgehalt [1]) nach dem Schütteln in %
50 mg Kaolin	0,00364%	0	0
5 mg „	0,00378%	0,00056%	0
2 mg „	0,00378%	0,00144%	10%
50 mg Al_2O_3	0,00364%	0,00007%	0
20 mg „	0,00329%	0,00021%	Spur
10 mg „	0,00329%	0,00049%	15%
5 mg „	0,00329%	0,00154%	20%

Isolierte Adsorption der positiven Farbstoffe Neutralrot und Methylenblau an das negativ geladene Adsorbens Kaolin ist nicht möglich. Es geht die Bindung des Eiweißkörpers und des Farbstoffes untrennbar Hand in Hand. Das geht daraus hervor, daß auch mit einer positiv geladenen Suspension wie mit dem Aluminiumoxyd die mit Neutralrot oder Methylenblau gefärbte Gelatine entfärbt werden kann, wenn die Mengen des Adsorbens genügen, um die Gelatine zu binden.

Aus der Universitäts-Hautklinik Köln (Direktor: Prof. Dr. Zinsser)

Ein Verfahren zur Gewinnung von Gonokokken-Dauerkulturen

Von

Dr. Walther Krantz

Mit 2 Abbildungen im Text

Wenn man Gonokokkenkulturen auf festen Nährböden am Leben erhalten will, so muß man dafür sorgen, daß die Gonokokken jeden 2. bis 3. Tag auf neue Nährböden übertragen werden. Wartet man länger, so läuft man Gefahr, daß die Kulturen absterben, daß also die betreffenden Stämme verloren gehen. Legt man aus irgendwelchen Gründen Wert darauf, zur gleichen Zeit in seinem Laboratorium mehrere verschiedene Gonokokkenstämme zu besitzen, so stellt die Notwendigkeit der häufigen Übertragung eine unangenehme Belastung dar. Es kommt noch hinzu, daß man allein für die Erhaltung der Stämme ziemlich viele Nährböden verbraucht, denn man wird jeden Stamm auf 2—3 neue Nahrböden überimpfen müssen, um Zufällen nicht allzu sehr ausgesetzt zu sein. Zur Erhaltung von Gonokokkenstämmen benutze ich seit einigen Jahren ein einfaches Verfahren, das sich aus Versuchen entwickelte, die ich auf Grund einer Mitteilung von Kandiba (1912) anstellte. Kandiba hatte gefunden, daß sich die Gonokokken auf Aszitesagar in einer einzigen großen Kolonie entwickeln, wenn man die Gonokokken nicht wie ge-

[1]) Mit dem Authenrietschen Kolorimeter bestimmt.

Digitized by Google

wöhnlich üblich über die ganze Nährbodenfläche aussät, sondern nur eine einzige Stelle mit der Impfnadel berührt. Er beobachtete, daß die Kulturen in einer Kolonie „solange gedeihen, als ihnen freie Oberfläche des Nährmaterials und genügend Feuchtigkeit zur Verfügung steht." Er empfiehlt, die Kulturen in großen flachen Kolben anzulegen und, um das Eintrocknen nach Möglichkeit zu verhindern und das verdunstete Kondenswasser zu ersetzen, auf den Grund des Kolbens steriles destilliertes Wasser zu bringen. Er konnte ferner feststellen, daß diese Kulturen mindestens 6 Wochen lebensfähig und „unter besonders günstigen Verhältnissen der Temparatur und der Feuchtigkeit" sogar 3 Monate übertragbar bleiben. Auf die weiteren Ausführungen von KANDIBA, die sich hauptsächlich auf sog. Mutationsformen der Gonokokken beziehen, brauchen wir nicht einzugehen; es kommt uns hier nur auf die Beobachtung an, daß sich die Gonokokken unter den eben genannten Bedingungen viel länger lebenfähig erhalten als in den gewöhnlichen Kulturen auf Aszitesagarröhrchen.

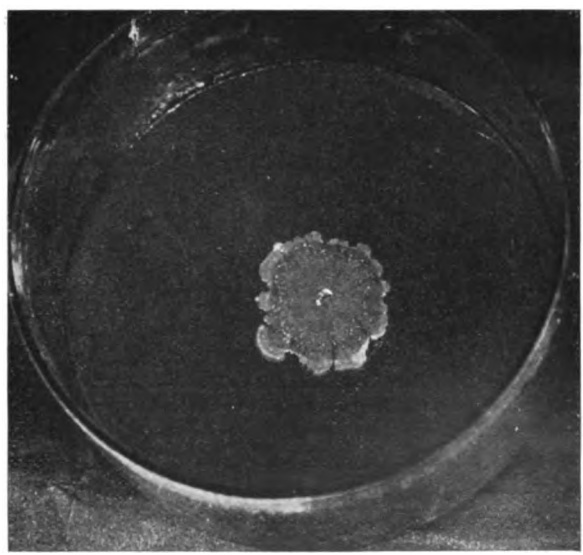


Abb. 1. $^2/_3$ der natürlichen Größe

Bei meinen eigenen Versuchen benutzte ich von Anfang an Petrischalen mit Aszitesagar. Was den Nährboden selbst anlangt, so ist das Bestreben unverkennbar vorhanden, den Aszitesagar durch andere Zubereitungen zu ersetzen; als Beispiel nenne ich nur den „Kochblutagar" von LEWINTHAL. Mir selber hat der Aszitesagar bisher immer gute Dienste getan und er wird nach meinen Erfahrungen durch neuere Vorschriften auch nicht wesentlich verbessert. Insbesondere habe ich keine Veranlassung gehabt, Zusätze von Zitronensäure oder Milchsäure zu machen oder wie KANDIBA, das Fleischwasser durch einen „Aufguß von Hammelleder und Milz zu gleichen Teilen" zu ersetzen. Ich folge der althergebrachten Vorschrift; es mag aber zugegeben sein, daß man sich auf die Zubereitung eines für die Gonokokkenkultur brauchbaren Aszitesagars etwas einarbeiten muß.

Während ich die charakteristische Form der Kolonie schon in den ersten Versuchen mit Regelmäßigkeit erhielt, entsprach die Lebensdauer der Gonokokken zunächst nicht meinen Erwartungen. Die Kolonien wuchsen besonders in den ersten Tagen nach Anlegung der Kulturen sehr rasch in der Fläche und zeigten das von KANDIBA beschriebene Aussehen; die beigefügte Abbildung 1 gibt den Anblick einer solchen

Digitized by Google

Kultur einfacher und besser wieder als Worte. — Es gelang mir jedoch zunächst nicht, die Gonokokken nach mehr als 2 Wochen auf neue Nährböden zu übertragen. Der Versuch, den Wassergehalt des Nährsubstrates zu vergrößern, verbesserte das Resultat nicht. Die Ursache der geringen Lebensdauer der Gonokokken war leicht zu erkennen: die Nährbodenoberfläche trocknete zu rasch aus. Ich versuchte zunächst, den Flüssigkeitsverlust durch Einlegen von Filtrierpapierscheiben, die mit Wasser getränkt waren, zn vermeiden; diese Maßnahme erwies sich als unzulänglich. Danach ging ich dazu über, Petrischalen verschiedener Größe zu verwenden, und zwar eine hohe zur Aufnahme des Agars und eine flache breitere, die also zunächst den Deckel und nach Impfung des Agars den Boden des Kulturgefäßes bildete. In die letzte goß ich Wasser und ergänzte es nach Bedarf. Damit war der Feuchtigkeitsbedarf vollkommen gedeckt; das Verfahren hatte aber noch den großen Nachteil, daß das Wasser sehr bald durch Luftkeime infiziert wurde. Dieser letzte Nachteil schließlich wurde vermieden durch die Verwendung von Sublimatlösung an Stelle des Wassers. Die schematische Zeichnung (Abb. 2) gibt die technischen Einzelheiten hinreichend deutlich wieder, so daß ich glaube, auf eine Beschreibung verzichten zu können.

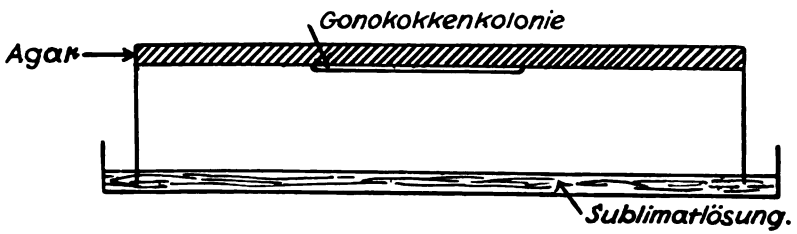


Abb. 2

Mit diesem Verfahren gelang es mir mühelos, die verschiedenen Gonokokkenstämme 6—8 Wochen mit Sicherheit am Leben zu erhalten. Man braucht nach Anlegung der Kulturen nur darauf zu achten, daß die Sublimatlösung nicht eintrocknet; jeden 4.—5. Tag muß also ein wenig Wasser nachgefüllt werden. Will man den betreffenden Gonokokkenstamm zu einem Versuche verwenden, so braucht man nur ein wenig Gonokokkenmaterial vom Rande der Kolonie zu entnehmen und auf der Fläche eines frischen Aszitesagarröhrchens auszustreichen. Am Tage danach hat man dann eine gut gewachsene Reinkultur dieses Stammes zur Verfügung.

Um Gonokokkenkulturen längere Zeit am Leben zu erhalten, verfuhr Morax so, daß er hochgefüllte Aszitesagarröhrchen mit einem Stich infizierte. In der Tiefe des Stiches bildeten sich dann kleine Kolonien, in denen die Gonokokken zwar nicht mehr weiter wuchsen, aber am Leben blieben, so daß es längere Zeit möglich war, von diesen Stichkulturen abzuimpfen. Lewinthal bestätigte die Brauchbarkeit des Verfahrens, mir selber fehlen eigene Erfahrungen darüber.

Weiterhin wurde von Ungermann eine Methode zur Gewinnung von Dauerkulturen verschiedener Bakterienarten angegeben, die auch für Gonokokken anwendbar ist: kleine Röhrchen werden mit reinem oder

Digitized by Google

verdünntem Serum gefüllt, im Wasserbad $^1/_2$ Stunde auf 60C erhitzt und mit flüssigem Paraffin überschichtet. Die Beimpfung der Röhrchen und die Entnahme von Bakterienmaterial erfolgt mit Glaskapillaren durch die Paraffinschicht hindurch. LEWINTHAL, sowie BUSCHKE und LANGER benutzten diese Methode mit Erfolg. Die Voraussetzung der erfolgreichen Benutzung des UNGERMANNschen Verfahren ist, daß man steril entnommenes Serum zur Verfügung hat. Ist das nicht der Fall, oder entwickeln sich in den Röhrchen zufällige Verunreinigungen, so werden die Gonokokken überwuchert und der Gonokokkenstamm ist verdorben. Gerade die Möglichkeit, daß man die Entwicklung von zufälligen Verunreinigungen bei den Gonokokkendauerkulturen in einer Kolonie immer beobachten und im gegebenen Falle den Stamm durch Übertragung auf einen neuen Nährboden rein erhalten kann, erscheint mir gegenüber den beiden eben genannten Verfahren ein schätzenswerter Vorzug zu sein. Auch die Möglichkeit, in bequemer Weise und beliebig oft zu verschiedenen Zeiten Subkulturen gewinnen zu können, läßt mir das Verfahren empfehlenswert erscheinen. Daß die Kulturen in einer Kolonie ein besonders günstiges Material für Untersuchungen über morphologische Veränderungen der Gonokokken liefern, sei nur nebenher erwähnt.

Literatur

KANDIBA, Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh. 1922, Bd. 96, S. 347. — BUSCHKE und LANGER, MORAX, UNGERMANN zit. nach LEWINTHAL, in Lehrbuch der Gonorrhoe, hrg. von BUSCHKE und LANGER, Berlin 1926.

Aus der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld (Chefarzt: Prof. Dr. HÜBNER)

Ein neuer Druckdauerspülapparat zur Behandlung der kindlichen Vulvovaginitis

Von

Dr. HANNS STOLZENBERG, Assistenzarzt

Mit 2 Abbildungen im Text

Die Schwierigkeit der Behandlung bei Vulvovaginitis infantum liegt darin, daß mit den bisherigen Spülmethoden die stark gefaltete kindliche Genitalschleimhaut nicht genügend geglättet und die Dauer der medikamentösen und mechanischen Einwirkung nicht lange genug ausgedehnt werden konnte. Aus diesen Mängeln resultiert die lange Dauer der Erkrankung, die man wesentlich abkürzen kann, wenn es gelingt, das Medikament an alle Teile der kindlichen Schleimhaut heranzubringen.

Dazu ist erforderlich, daß

1. die kindliche Vagina maximal aufgebläht wird und so eine glatte und infolgedessen gut zu behandelnde Oberfläche geschaffen wird;

2. muß die Flüssigkeit unter einem gewissen Druck stehen, der beliebig variiert werden kann, und

3. muß man die Dauer der Spülung möglichst lange ausdehnen können. Diese 3 Bedingungen können erfüllt werden, wenn es gelingt, die kindliche Vagina vollkommen abzudichten.

Die auf Anregung von Prof. HÜBNER eingeleiteten Versuche glückten nach einigen vergeblichen mit Saugapparaten, Leukoplast, Gummistopfen und Wachs mit der Knetmasse „Nakiplast" der Firma Günther Wagner, Hannover.

Digitized by Google

Die Spülung selbst wird mittels eines einfachen Apparates gemacht, der in folgendem kurz beschrieben werden soll:

Es handelt sich um ein einfaches Rücklaufrohr aus Glas, das vorn 2 Öffnungen hat: eine größere für die einströmende Flüssigkeit O_1 — und eine kleinere für den Ablauf O_2. Die Spitze des Röhrchens läuft konisch zu und trägt kranzförmig angeschmolzene

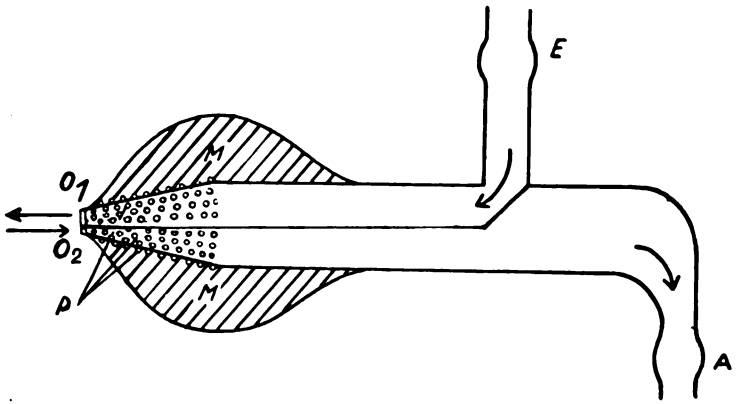


Abb. 1. Schematische Darstellung

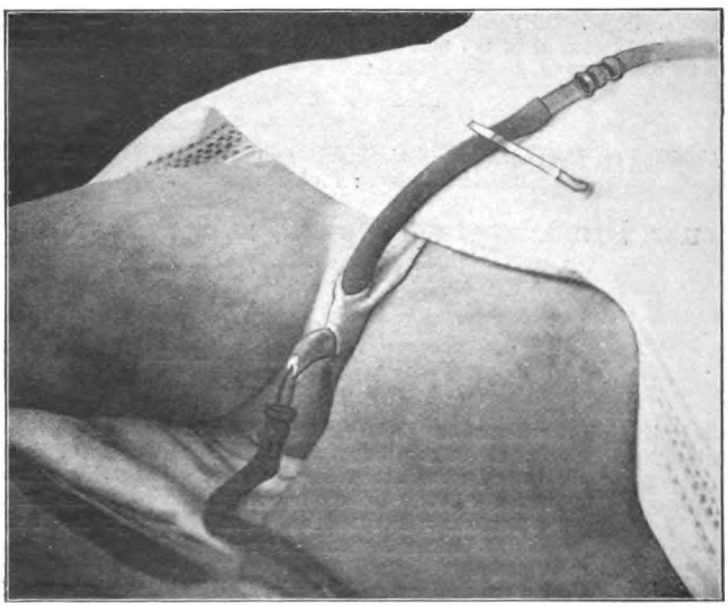


Abb. 2

Glasperlen P, die zur Befestigung der Abdichtungsmasse M dienen. Die Abdichtungsmasse wird nun der Form der Vulva annähernd angepaßt und an dem Rohre befestigt. Das Rohr hängt in einer T-Binde aus Stoff, die man um den Leib des Kindes anbringt. Setzt man nun die Spitze des Rohres so in die Vagina ein, daß sie über die hintere Kommissur hinübergehebelt gerade in die Vagina schaut, so ist eine absolute Abdichtung sicher durch die Knetmasse gewährleistet. Das Rücklaufrohr trägt an seinem Einfluß E

Digitized by Google

einen Gummischlauch, in den die Spitze des Glasansatzes eines Irrigatorschlauches hineingesetzt werden kann. Der Abfluß A wird ebenfalls durch einen Gummischlauch bewerkstelligt, der in das Gefäß zum Auffangen der Flüssigkeit hineinragt (Abb. 1 u. 2).

Als Behälter für die Spülflüssigkeit benutzen wir einen einfachen Irrigator, der zur Variierung des Druckes verschieden hoch aufgehängt werden kann. Am Irrigatorschlauch befindet sich eine Schlauchklemme, die ihn ganz oder teilweise abquetschen kann, um die Schnelligkeit der einströmenden Flüssigkeit regulieren zu können. Das Ende des Schlauches läuft in eine Glasspitze aus, die in den Gummiansatz des Einlaufrohres eingesetzt wird.

Die Spülung wird zweckmäßig so gemacht, daß man zunächst die Umgebung der Vulva und die Vulva selbst gründlich abrieselt und dann das Röhrchen mit der Abdichtungsmasse wie oben beschrieben einsetzt. Die Flüssigkeit strömt nun so lange ein, bis die Vagina vollkommen entfaltet und gedehnt ist, da ja durch die größere Einflußöffnung mehr Flüssigkeit einströmt, als der kleinere Ausfluß wieder abführen kann. Ist die erwünschte Dehnung durch die Flüssigkeitsanfüllung nun erreicht, so wird durch Rückstauung der Druck im Einlaufrohre verringert und dadurch das Gleichgewicht zwischen einströmender und ablaufender Flüssigkeit hergestellt. So kann man die Kinder beliebig lange der mechanischen und chemischen Einwirkung der Spülung aussetzen. Als praktisch hat sich diese Dauerspülung auch darin erwiesen, daß man sie bequem im Bette der Kinder machen kann und keine Schwester mehr nötig ist, die die Kinder einzeln mit dem Katheter spülen muß. Die Schwester rieselt jetzt nur noch die Kinder ab, führt die Röhrchen ein, befestigt dann die Leibbinde und läßt die Kinder ruhig in ihrem Bette, die während der Behandlung spielen und guter Laune sind.

Die Dauer der Spülung kann nach Belieben ausgedehnt werden. Bei unseren Fällen haben wir mit zweimal täglich einer halben Stunde angefangen und sind bis auf zweimal 2 Stunden täglich hinaufgegangen, was die Kinder gut aushielten, ohne sich unbehaglich zu fühlen. Es empfiehlt sich, vor Beginn der Spülung die Kinder durch einige Sitzbäder und Vulvaberieselungen an die Behandlung zu gewöhnen.

Wir haben nun die Spülung wie folgt ausgeführt: Nach der Vulvaberieselung zunächst 1 Liter dünne Kalium-permanganicum-Lösung, da nach Janet dadurch die Schleimhaut von innen nach außen serös durchströmt wird und die Gonokokken an die Oberfläche geschwemmt und der Behandlung besser zugänglich gemacht werden; zugleich soll diese Vorspülung zur mechanischen Reinigung dienen. Dann brauchten wir je nach Dauer bis zu 8 Liter $^1/_4$ promilliger Argentum-nitricum-Lösung als gonokokkentötendes Mittel. Zum Schlusse der Behandlung wird noch einmal kurz mit Kalium-permanganicum-Lösung nachgespült und die Vulva und ihre Umgebung gründlich gesäubert. Ist dabei noch eine Infektion der Urethra, Zervix oder des Rektums vorhanden, so wird diese außer der Spülung noch auf die übliche Art und Weise behandelt.

Die Röhrchen werden in Kresolseifenlösung aufbewahrt, die Knetmasse vor jeder Spülung erneuert.

Zusammenfassung

Betrachten wir zum Schluß noch einmal die Vorzüge dieser Art der Spülung.

1. Infolge der Abdichtung maximale Ausdehnung der kindlichen Scheide und dadurch eine große Wahrscheinlichkeit, das Medikament in die zahlreichen Buchten hineinzubringen.

2. Beliebig lange Dauer der Behandlung; auch dadurch größere Heilungsmöglichkeit.

3. Personalersparnis, da die Kinder in ihren Betten gespült werden und mehrere zu gleicher Zeit behandelt werden können; auch braucht die Schwester bei der Spülung nicht anwesend zu sein.

4. Billigkeit, da eine Spülung mit 8 Litern Argentum-nitricum-Lösung etwa 16 Pfennige kostet. Die Abdichtungsmasse ist für 10 Pfennige in jedem Spielwarengeschäft erhältlich, das Röhrchen kann von jedem Glasbläser angefertigt werden[1]).

Diese Art der Behandlung wird seit einigen Wochen bei unseren vulvovaginitiskranken Kindern angewandt. Die Beobachtungen während dieser Zeit haben meine obigen Ausführungen in bezug auf die einfache Handhabung und die Annehmlichkeit für die Kinder vollauf bestätigt; der Fluor ging schnell zurück, Gonokokken waren nach

[1]) Die bei uns benutzten Röhrchen wurden von der Firma Laboratoriumsbedarf Albert Flockenhaus, Elberfeld, Wülfingerstraße 1—3, zum Preise von 2,15 RM. geliefert.

Digitized by Google

wenigen Tagen nicht mehr nachweisbar[1]). Irgend welche Zeichen einer Argyrosis wurden nicht bemerkt. Um über den therapeutischen Erfolg dieser Methode Abschließendes sagen zu können, wäre es wünschenswert, daß diese Spülung in Kliniken und Anstalten mit großem Material ausprobiert würde. Daß auch diese Art der Behandlung nur für Krankenhäuser in Frage kommt, bedarf keiner besonderen Erwähnung, da alle vulvovaginitiskranken Kinder wegen der Infektiosität und der schwierigen Heilung außerhalb einer Anstalt nur schwer zu behandeln sind.

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 10. Mai 1927

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

1. Chajes: **Gewerbeekzem** beider Hände bei einem Mann nach Reinigung eines Teppichs. Anfangs nur teigige Schwellung und Rötung, später, besonders an den Fingerkuppen, große Blasen, die nekrotisch wurden. Nach Abheilung kam es zu einem teilweisen Verlust der Fingerkuppen.

Eine Untersuchung der Flüssigkeit ergab, daß sie einen starken Gehalt — 53,7% — an Essigsäure besaß, worauf wohl mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Erkrankung zurückzuführen ist.

Ch. macht auf den bisher ungenügenden Schutz der Arbeiter bei gewerblichen Hauterkrankungen aufmerksam, die nur zum kleinsten Teil als Betriebsunfälle im Sinne des Gesetzes angesehen werden. In diesem Falle ist ein Betriebsunfall unzweifelhaft vorhanden.

2. Bruhns: 1. **Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta.** 48 jähr. Mann, vor etwa 8 Jahren ein ähnliches Leiden. Jetziger Ausschlag besteht seit 6 Wochen, bereits im Rückgang.

Lokalisiert ist die Erkrankung auf Arme, Beine und Rumpf; Kopf, Hals, Hände und Füße sind frei. Die Effloreszenzen bestehen aus stecknadelkopf- bis über linsengroßen, rötlichbraunen Papeln, vielfach mit einer kleinen eitrig-pustulösen Einschmelzung auf der Spitze. Die abheilenden Effloreszenzen sehen eher livide aus. Dazwischen als Reste der vor 2 Jahren vorhandenen Erkrankung Narben.

Histologisch: ein abszedierendes Bläschen mit zahlreichen ein- und mehrkernigen Leukozyten, Zellinfiltrate in den oberen Kutisschichten, aber auch einen großen Herd ein- und mehrkerniger Zellen in der Tiefe; Gefäße erweitert, perivaskuläre Infiltrate; keine Plasmazellen; keine Tuberkelbildung.

2. Demonstration eines Falles von **Lues congenita** mit ungewöhnlich stark sichtbaren, tiefen, strahligen Narben an Mund und Wange.

Diskussion: Gottron.

3. Loewenstein (Klinik Buschke): 1. **Rupia syphilitica** bei einer 61jähr. Patientin. Seit Februar 1927 in einem Kassenambulatorium als Windpocken behandelt.

Kopf, Oberkörper und Extremitäten der anämisch und kachektisch aussehenden Patientin weisen zahlreiche Effloreszenzen von Stecknadelkopf- bis zu Fünfmarkstückgröße auf. Die Lymphdrüsen sind nur wenig vergrößert. Die WR ist stark positiv.

2. **Peniskarzinom.** 51 jähr. Patient. Vor $1^1/_2$ Jahren mußte wegen entzündlicher Phimose eine Dorsalinzision vorgenommen werden. Dabei zeigte sich eine pfenniggroße Erosion am inneren Präputialblatt. In dem letzten halben Jahr deutliche Vergrößerung des erodierten Tumors. In der Gegend des Frenulum penis eine etwas erhabene, wenig derbe flächenförmige Effloreszenz, die auf die Glans und das Präputium übergeht mit wallartigem Rand; der Tumor ist mit der Unterlage verwachsen. Inguinaldrüsen rechts bohnengroß. Histologisch: verhornendes Plattenepithelkarzinom.

4. Erich Langer (Klinik Buschke): 1. **Reinfektion.** 16jähr. Mädchen, 1910 von luetischer Mutter geboren, 1911 wegen luetischer Haut- und Schleimhautexantheme

[1]) Ein Kind wurde nach 6wöchiger, das andere nach 5wöchiger Behandlung geheilt entlassen. Und bei später vorgenommenen Nachuntersuchungen konnten keine Gonokokken mehr nachgewiesen werden.

Digitized by Google

(WR++++) mit 5 Injektionen von 0.01 Salvarsan behandelt. 1912 Rezidivexanthem (WR++++). Wieder in der Wechselmannschen Abteilung mit sechswöchiger Schmierkur behandelt. Seither erscheinungsfrei, wiederholt angestellte WR negativ.

Jetzt, April 1927, Oedema induratum des linken Labiums, nässende Papeln am Genitale, Skleradenitis inguinalis. Spirochäten positiv, WR und MTR++++. Lumbalpunktion in allen Reaktionen negativ.

Der Fall beweist, daß eine Lues auch ohne intensive Behandlung und selbst bei nach heutigen Anschauungen völlig ungenügender Kur ausheilen kann.

2. **Lichen scrophulosorum** bei einem 17 jähr. Patienten. Bestand seit 6—8 Wochen. Allgemeinbefinden gut.

Oval angeordnete Herde, deren Einzeleffloreszenzen aus stecknadelkopf- bis hirsekorngroßen Knötchen bestehen, zum großen Teil mit feinen Schuppen und Krusten bedeckt. Im Zentrum findet sich Abheilung, in der Peripherie entzündliche Rötung und Ekzematisation. Differentialdiagnostisch kamen Ekzema marginatum — aber negativer Pilzbefund — und Lichen ruber — anfangs Lokalreaktion und Besserung nach Arsen — in Frage. Für Lichen scrophulosorum entschied der positive Ponndorf, das Röntgenbild (ausgesprochene Drüsentuberkulose), die Anordnung der Effloreszenzen und die histologische Untersuchung. Für Lichen ruber war histologisch kein Anhaltspunkt.

5. Buschke: 1. **Karzinom der Oberlippe.** 51 jähr. Mann, bei dem eine Schwellung am linken Mundwinkel seit März erst als Furunkel und dann wegen positiver Wassermannscher Reaktion als tertiäre Lues mit intensiver Salvarsankur und 2 Schmierkuren behandelt war. Es handelt sich um eine klein-apfelgroße, zum Teil ulzerierte und zerfallene Geschwulst der Oberlippe und der Wangenschleimhaut. WR ist eine Konstitutionsreaktion und zeigt nur an, daß ein Patient Lues hat oder gehabt hat, erlaubt aber keine Lokaldiagnose.

2. **Gonorrhoische Hyperkeratose.** 38 jähr. Mann mit einem typischen hyperkeratotischen gonorrhoischen Exanthem der Fußsohlen, Fußrücken und Herden an der Mundschleimheit bei frischer Gonorrhoe, gonorrhoischer Arthritis und Tendovaginitis. Bei zwei früheren Gonorrhoen dasselbe Exanthem. Daneben besteht eine typische gonorrhoische Balanitis. Bemerkenswerterweise entwickelte sich auf einem intertriginösen Exanthem der Oberschenkel ebenfalls eine Hyperkeratose. Bisher sind in diesen Exanthemformen Gonokokken nie gefunden worden, wahrscheinlich muß man eine Toxinwirkung annehmen.

3. **Sklerodermie und Sklerodaktylie.** 56 jähr. Frau mit allgemeiner Sklerodermie der Haut- und Sklerodaktylie. Wie in 4 anderen Fällen ist auch hier im Magensaft keine freie Salzsäure gefunden worden. Außerdem an den Streckseiten der Arme auf der sklerodermatischen Haut fleckförmige Hyperkeratosen, die zum Teil — ähnlich wie bei der Kyrleschen Krankheit — in die Tiefe wachsen.

4. **Disseminierter Lupus erythematodes.** Bei einem 13 jähr. Mädchen mit einem Lupus erythematodes des Gesichts und der Hände und Füße trat nach vorsichtiger Krysolganbehandlung eine Dissemination über den ganzen Rumpf ein. Kurze Zeit gegebene Goldtabletten (D 3) brachten den L. erythematodes des Gesichts und Kopfes fast ganz zum Schwinden. Fast völliger Haarausfall ohne Atrophie der Haut und eigenartige myxödemähnliche Schwellung der Gesichtshaut. Das Kind ist psychisch stark deprimiert. Für Tuberkulose ist kein Anhaltspunkt.

5. **Fall zur Diagnose.** 41 jähr. debile Patientin. Jetzt seit Jahren am Rumpf und den Extremitäten nebeneinanderstehende, prominente, sich wenig von der normalen Haut unterscheidende, bei der Palpation etwas resistente Effloreszenzen ohne subjektive Beschwerden. Diagnose: Urticaria perstans? Parapsoriasis? Probeexzision muß abgewartet werden.

6. **Mykose der Fingernägel** bei einem 28 jähr. Schlosser. Brüchig- und Rissigwerden der Nägel mit teilweisem Verlust derselben, Eiteransammlung unter den Nägeln. Im Eiter und kulturell reine Hefen, kein Soor. In einem zweiten Falle, einem Studenten der Lehrbrauerei, fanden sich mikroskopisch massenhafte Sproßpilze von einer bisher nicht bekannten Kleinheit. Kulturelle Züchtung war unmöglich.

Diskussion: Heller fragt zu 6, wie der Nachweis über die pathogenische Bedeutung der Hefen erbracht sei.

Buschke gibt Heller recht, daß in vielen Fällen Pilzerkrankungen der Nägel angenommen werden, ohne daß der sichere Beweis der Ätiologie der Sproßpilze erbracht wird. Denn auch in andere Hauterkrankungen, Ekzeme, Lues, Tbc können Hefen ein-

Digitized by Google

dringen, teils als Saprophyten, teils als Sekundärinfektionen. In diesem Falle handelt es sich um ein sicher auf Hefen beruhendes Krankheitsbild.

Zu 2.

Balog hält den Nachweis von Gonokokken erforderlich, um einen Zustand „gonorrhoisch" bezeichnen zu können. Die Feststellung „bei Gonorrhoe bestehend" bedeutet nicht gleichzeitig „durch Gonokokken verursacht". In den seltensten Fällen von Gonokokkämie wurden Hauterscheinungen festgestellt, in letzteren nie Gonokokken einwandfrei nachgewiesen. Balog hält die gonorrhoische Natur des Hautausschlags für nicht bewiesen.

Michael hält Balogs Ansichten für abwegig und erinnert an die Tuberkulide, bei denen es keinem heute — trotz des fehlenden Tuberkelbazillennachweises — einfallen wird, die tuberkulöse Ätiologie in Frage zu stellen.

Buschke: Balog hat wohl noch nie ein gonorrhoisches Exanthem gesehen. Diese Hautaffektion kommt nur im Zusammenhang mit Gonorrhoe vor, sonst nie, und auch ihr jedesmaliges Rezidivieren spricht für den gonorrhoischen Charakter.

6. Loehe: 1. **Tuberculosis ulcerosa fungosa.** 46 jähr. Frau; mit 6 Jahren Glassplitterverletzung an der linken kleinen Zehe. Kurz danach Bildung von Geschwüren am ganzen linken Unterschenkel. Seit einem Jahre starke Vergrößerung der Geschwüre. Mehrmalige Besserung nach dem Auftreten eines Erysipels.

Es handelt sich um eine große, den ganzen Unterschenkel umfassende Geschwürsfläche. Der Rand besteht aus zahlreichen kleinen unterminierten, schmierig-eitrigen, leicht blutenden Geschwüren. In der Umgebung mehrere kleinere fungöse, teils granulierende, teils borkig belegte Herde. Ähnliche Herde auf dem Fußrücken. Mikroskopische Untersuchung bestätigt die Diagnose.

Therapie: Röntgen, Arsenbehandlung.

2. **Psoriasis pustulosa, Arthropathie.** 27 jähr. Patientin, schwere pustulöse Psoriasis und schwere Arthritis der Endglieder der Finger und Zehen, Schwellung der Kniegelenke und hochgradige Versteifung der Wirbelsäule.

Besserung durch Neopyrintabletten (Atophanpräparat), milde Bäder- und 2%ige Salizylvaselinebehandlung.

Diskussion:

Buschke konnte einen Fall schwerster Psoriasis arthropathica pustulosa durch Thyreoidin heilen. Leichtere Arthritiden finden sich bei Psoriasis in den Fußgelenken häufiger.

3. **Melanokarzinom.** 40 jähr. Mann, der sich April 1926 bei der Arbeit einen Nagel in die linke Ferse trat. Schlechte Heilung der Wunde; anschließend Bildung eines Geschwürs, das mehrfach ausgebrannt wurde. Einige Wochen danach Auftreten kleiner bläulicher Knötchen in der Umgebung. Wegen Lues in der Anamnese und positiver WR bereits anderweitig antiluetisch behandelt.

An der linken Ferse ein etwa zweimarkstückgroßes tiefes Ulkus, umgeben von zahlreichen erbsen- bis bohnengroßen, bläulichschwarzen, derben Knoten, die sich auch im Verlauf der Lymphwege am Unter- und Oberschenkel finden. Leistendrüsen vergrößert, derb, indolent. Am rechten Rippenbogen ist allmählich eine enteneigroße, derbe Geschwulst entstanden. Im Röntgenbild eine verdächtige Fleckung (Lungenmetastasierung). Histologisch typisches Melanokarzinom.

Diskussion:

Buschke hat einen Naevustumor beobachtet, der anderweitig mit Röntgenstrahlen behandelt war und sich zu einem metastasierenden, rasch zum Tode führenden Naevokarzinom entwickelte. Melanotische Naevi sind möglichst zufrieden zu lassen, da selbst bei operativer Entfernung malignes Wachstum sich anschließen kann.

4. **Kiefersperre und Nekrose der Kiefer nach Kalomel.** 52 jähr. Patient, der früher wegen Lues mit Kalomel behandelt worden war und nach 3 Injektionen in einer Woche eine schwere ulzeröse Stomatitis bekam, deren alte Restzustände jetzt noch bestehen. Fast vollständige Zerstörung der Zunge, hochgradige Kiefersperre, Verlust fast aller Zähne und röntgenologisch ausgedehnte Nekrose von Unter- und Oberkiefer. Der Mund kann nur zu einem etwa 1 cm breiten Spalt geöffnet werden, durch den Pat. mühsam mit den Finger die rüsselförmig zugespitzte Zunge herausholt.

7. Adler: 1. **Arthritis luetica.** Bei einer 37 jährigen Frau handelt es sich um schmerzlos vor fünf Jahren erstmalig aufgetretene und wiederholt rezidivierende Erkrankungen der Hand- und Fußgelenke, insbesondere der Fingergelenke. Antirheumatische Behandlung war erfolglos. Seit drei Jahren besteht am rechten Unterarm und

Digitized by Google

auf der rechten Gesäßseite ein Hautausschlag, ein tubero-serpiginöses Syphilid? WR schwach positiv. Durch Schmierkur trat nur vorübergehende Besserung ein. Stets erneute Anwendung von Hg und Jodkali brachte Besserung der Rezidive.

Röntgenologisch fand sich eine Zerstörung an den Köpfchen des II. und III. Metakarpus mit unregelmäßigen zackigen Vorsprüngen. Verschmälerung der Köpfchen um ein Drittel. An den Interphalangealgelenken sind die Gelenkspalten erheblich verkleinert.

Für die Diagnose Arthritis luetica spricht das Zusammentreffen mit manifesten Hauterscheinungen, der entzündungsfreie und schmerzlose Verlauf, das Versagen der Antirheumatika und die Besserung unter Antisyphilitizis.

Die Zerstörung an den Fingergelenken hält A. für eine auf dem Boden der Lues sich aufpfropfende Arthritis deformans.

Diskussion:

Ledermann erwähnt einen Fall. 34 jähr. Mann, der jahrelang wegen Plattfußbeschwerden erfolglos behandelt wurde und bei dem L. durch Stellung der Diagnose „kongenitale Lues" (die noch lebende Mutter des Kranken hatte eine positive WR) und Arthritis luetica cong. der Mittelfußknochen durch spezifische Behandlung in kurzem den Patienten heilen konnte.

Richter lehnt auf Grund des Röntgenbildes die Diagnose „Lues" bei der Patientin ab.

Buschke möchte auch nicht eine luetische Arthritis für gesichert ansehen, da das Röntgenbild nicht dafür spricht und unter Jod und Hg durch ihre unspezifische Wirkung nichtluetische Gelenkerkrankungen gebessert werden können.

2. **Acrodermatitis atrophicans.** 45 jähr. Mann (Potator).

Seit Anfang dieses Jahres Anschwellen und Dickwerden der Finger der rechten Hand und gleichzeitige Dunkelblaufärbung an den Volar- und Dorsalseiten der Finger und der Grundgelenke unter Freibleiben der proximalen Hälfte des Daumenballens. Im Bereich der Farbveränderung überall Atrophie der Haut. Starke Schmerzhaftigkeit im Bereich der Fingergelenke. Linke Hand normal.

Der Zustand der Blutfüllung und Schwellung wechselt innerhalb weniger Tage, meist ist ein Zustand wie bei der Bierschen Stauung vorhanden.

A. nimmt eine Acrodermatitis atrophicans mit ausgeprägten vasomotorischen Störungen an.

8. Fischer: **Alopecia areata** bei einer älteren Frau mit der besonderen Eigentümlichkeit, daß innerhalb des Alopezieherdes alle dunklen Haare ausgefallen sind, während die grauen Haare vollständig stehengeblieben sind.

Pinkus: **Die Terminalmatrix des menschlichen Nagels und der tierischen Kralle (Vortrag).** P. bespricht die Teile dieser Gebilde an Hand von Rekonstruktionsmodellen menschlicher Nägel und tierischer Krallen. Die Tierkralle besteht aus dem dorsalen Krallenblatt und der ventralen Krallensohle. Es ist dies auch schon bei den bekrallten Amphibien vorhanden, deutlicher bei Reptilien, Vögeln und Säugetieren. Die Krallensohle reicht nicht ganz so weit zur Krallenspitze wie die Krallenplatte.

Der vorderste volare Teil der Kralle wird vielmehr noch von einer ganz besonderen Hornbildung hergestellt, die fest an der Krallenplatte hängt, aber nicht von deren Matrix herstammt und auch nicht von dem Epithel der Krallensohle. Sie hat eine besondere Entstehungsfläche, schon von Boas vor 30 Jahren als Terminalmatrix am vorderen Ende des Krallenbettes beschrieben. Diese Terminalmatrix liegt zwischen Krallenplattenbett und Krallensohlenbett. Sie bildet Krallensubstanz von manchmal erheblicher Stärke. Nach Boas fehlt die Terminalmatrix bei vielen Reptilien und den Vögeln; aber bei Eidechsen und Säugetieren ist sie vorhanden. Beim Menschen, dessen Nagel die Verhältnisse trotz ihrer Kleinheit dadurch nicht allzu schwer erkennen läßt, daß seine Bearbeitung leichter ist als die der harten Tierkrallen, findet man vor dem Vorderende des Nagelbettes eine Zone, die aus dem Epithel auf langgestreckten Papillen harte Hornsubstanz entstehen läßt, die sich der Unterfläche des Nagels untrennbar anheftet. Pinkus deutet diese nur wenige Papillenreihen breite Schicht als Analogon der tierischen Terminalmatrix. Der Rest der unter dem Nagel bis zur Fingerbeere hin entstehenden, lockeren Hornschicht (Sohlenhorn oder Hornsohle) entspricht der Krallensohle.

Diskussion:

Heller: Das Nagelbett darf in seiner Totalität nicht als ein in bezug auf die Hornbildung steriles Gebiet angesehen werden. Bei allen pathologischen Prozessen des Nagels entwickelt sich eine sehr intensive Hornbildung von diesem Gebiete aus. Das

Digitized by Google

sog. Polstergewebe Virchows, das zwischen Nagelplatte und Nagelbett liegt, ist eben ein Produkt des Nagelbettes und keineswegs von einer Produktion des Sohlenhornes abhängig. Für die menschliche Pathologie hat man doch eigentlich stets angenommen, daß die Haut der Fingerbeere unmittelbar in das Nagelbett übergeht. Finden sich also unter dem freien Rande des Nagels pathologische hyperkeratotische Bildungen, so besitzen diese als Produkte der Fingerbeerenhaut natürlich ein Stratum granulosum (z. B. der Clavus subungualis). Auch hier dürfte eine Beteiligung des Sohlenhornes, das ja für die Pathologie der Tiere, insbesondere der Huftiere, eine große Rolle spielt, nicht beim Menschen in Frage kommen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Nr. 5

Intolerance to Sugar as a Factor in the Production of Some Dermatoses (Intoleranz gegen Zucker als Faktor bei der Entstehung einiger Hautkrankheiten), von P. G. Campbell u. J. F. Burgess-Montreal. S. 187. Als Ursache für Hautveränderungen, besonders vom Typus der Dermatitis ist Intoleranz gegen Zucker, das ist zeitenweise Zunahme des Zuckers im Blute, anzusehen; durch kohlehydratarme Diät sind solche Dermatosen zu heilen, wo andere Mittel versagen. Von 31 derartigen Fällen blieben 18 genügend lange in Beobachtung. Die Eruption verschwand in 1—6 Monaten; Rezidive bisweilen bei Zuckeraufnahme, völliges Schwinden des Hautleidens bei Rückkehr zu einer zuckerfreien Nahrung. Außerdem ausgesprochene Besserung des Allgemeinbefindens und erhöhte Arbeitsfähigkeit. Wahrscheinlich ist die Zucker-Intoleranz auf degenerative Veränderungen im Pankreas zurückzuführen, welche nur eine ganz geringe Zuckerverdauung erlauben, in anderen Fällen spielt auch Arteriosklerose eine Rolle.

A Case of Epithelioma Adenoides Cysticum (Brooke) (Ein Fall von Epithelioma adenoides cysticum [Brooke]), von N. Paul u. K. Inglis-Sydney. S. 195. 31jähr. Frau, bei welcher das Leiden im Alter von 2 Jahren aufzutreten begann. Im Gesicht zahlreiche kleine Geschwülstchen von Stecknadelkopf- bis Erbsengröße, ebensolche am Nacken und von hier auf den Rücken und den behaarten Kopf übergehend. Die mikroskopische Untersuchung zeigte eine aus unregelmäßig gelagerten basalen Epithelial-Zellen bestehende Neubildung. In den Zentren der Neubildungs-Zellmassen finden sich Hornmassen, daneben auch Hyalin. In keinem Falle war eine zentrale Hyalinschicht von einer peripheren Keratin-Zone umgeben und die zentrale nichtgeschichtete Keratin-Masse ist dicht und fest und entspricht dem Haarfollikel und nicht der Talgdrüse.

Sclerodermia and Syphilis (Sklerodermie und Syphilis), von E. Murray-Will-Sydney. S. 201. 27jähr. Pat. Die Haut an beiden Vorderarmen, Händen und Fingern glatt, glänzend und stellenweise hart und lederartig infiltriert; die unterliegenden Muskeln hart und Beuge- und Streckbewegungen eng begrenzt, der rechte Arm mehr ergriffen als der linke und zeigt Kontrakturen der Finger und des Ellbogengelenkes. Die Füße und Knöchel geschwollen und hart, und die Schmerzen so groß, daß Gehen unmöglich; auch die Armbewegungen mit erheblichen Schmerzen verbunden. WR positiv. 2 Neosalvarsan-Quecksilberkuren brachten erhebliche Besserung, nach Ablauf eines Jahres waren alle Schmerzen verschwunden, Bewegungen in Armen und Beinen nahezu normal. Verf. glaubt, daß in diesem wie in anderen, aus der Literatur herangezogenen Fällen eine Verbindung von Raynaudscher Krankheit, Syphilis und Sklerodermie bestehe, und daß bei der Ätiologie der letzteren Syphilis die gleiche Rolle spiele wie andere akute oder chronische Affektionen, welche oft als ursächliche Momente angeführt werden. Ein interessanter Punkt wäre auch das Studium des Liquor cerebrospinalis bei Sklerodermie — ausgedehnte Lymphozytose und Zunahme des Eiweißes im Liquor ist in einigen Fällen festgestellt worden. Kleine Dosen Salvarsan nützen nichts, sondern energische antisyphilitische Behandlung muß lange Zeit fortgesetzt werden. M. Stern-München.

Digitized by Google

American Medical Association

78. Jahresversammlung. Washington. Mai 1927

Sektion für Dermatologie und Syphilidologie

(Medical Journal and Record., 1927, Bd. 125, Nr. 10)

F. L. Burnett: **The Controll of Health After Eczema and Psoriasis** (Die Kontrolle der Gesundheit nach Ekzem und Psoriasis). S. 683. Durch genaue Kontrolle der Verdauungsvorgänge bei verschiedenartiger Ernährung kann die für den normalen Ablauf der Verdauung geeignete Nahrung ausprobiert werden, was für die Gesundheit des betreffenden Menschen erforderlich ist. Der Zusammenhang zwischen Verdauungsstörungen und Hautkrankheiten wie Ekzem und Psoriasis zeigte sich unbestreitbar darin, daß sie bei Pat., die ihre Ernährung bis zur Herstellung völlig normaler Verdauungsverhältnisse regelten, schwanden, während dies im anderen Falle nicht zutraf.

P. A. O'Leary: **The Third Year Results with Malaria Therapy of Neurosyphilis** (Dreijährige Erfahrungen mit der Malariabehandlung der Nervensyphilis). S. 684. 100 Fälle mit verschiedenartigen Manifestationen. Es wurden wesentliche Besserungen erzielt bei 49% der Paralysen, und zwar besonders, wenn die Behandlung frühzeitig einsetzte. Gute Einwirkung auf lanzinierende Schmerzen und gastrische Krisen bei seronegativer Tabes; Optikusatrophie konnte zum Stillstand gebracht werden. Die Methode ist nicht ohne Gefahren, sie hatte eine Mortalität von 5%. Zum Exitus gekommene Fälle von progressiver Paralyse zeigten Heilungsvorgänge und Bildung von fibrösem Gewebe in den Meningen und um die Blutgefäße. Die Veränderungen des Liquors gehen mit den klinischen Besserungen nicht immer Hand in Hand.

J. V. Klauder und N. W. Winkelman: **Pellagra Among Chronic Alcoholics** (Pellagra bei chronischen Alkoholikern). S. 685. Die meisten beobachteten Pellagrakranken waren chronische Alkoholiker; die ersten Erscheinungen der Krankheit traten Ende April bis Ende Oktober auf. Der Alkoholismus bestand bei ihnen gewöhnlich schon mehrere Jahre, die Pellagraerscheinungen traten nach besonderer Ausschweifung auf.

E. Levin-Berlin.

Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Dermatology

Mai 1927, Bd. 20, Nr. 7

Sitzung vom 17. Februar 1927

H. W. Barber: **Case of Sarcoid** (Fall von Sarkoid). Seit 7 Jahren bestehende Affektion im Gesicht, die zunächst Lupus vulgaris-ähnlich erscheint, doch sprechen drei bläuliche Knötchen an der Wange mit darüber verlaufenden Gefäßen mehr für Sarkoid. Besserung nach Einspritzungen von Natrium-Morrhuat.

H. W. Barber: **Confluent Lichen Nitidus with Lesions on the Tongue** (Konfluierender Lichen nitidus mit Erscheinungen an der Zunge). Außer den Erscheinungen eines auch histologisch als typisch zu bezeichnenden Lichen nitidus an der Haut fanden sich weiße strich- und plaqueförmige Erscheinungen an der Zunge und der Wangenschleimhaut, die durchaus denen bei Lichen planus entsprachen. Es wird jedoch an der Diagnose eines Lichen nitidus festgehalten, besonders auch wegen der charakteristischen Lokalisation an den Ellenbeugen und Kniekehlen.

H. W. Barber: **Lupus Erythematosus of the Scalp, Associated with Scars of Old Papulo-Necrotic Tuberculide Lesions and of Erythema Induratum on the Arms and Legs** (Lupus erythematosus des Kopfes in Verbindung mit Narben von altem papulo-nekrotischem Tuberkulid und Erythema induratum an Armen und Beinen). Das papulo-nekrotische Tuberkulid war gleichzeitig mit einer Tuberkulose der Zervikaldrüsen aufgetreten, der Lupus erythematosus erst fast 20 Jahre später. Beide Affektionen finden sich häufig, wie auch hier, bei zu Frosterscheinungen neigenden Personen, es ist also ein Schluß auf eine tuberkulöse Natur des Lupus erythematosus hieraus nicht zu ziehen. Auch der positive Pirquet spricht nur für überstandene Tuberkulose, zumal die Komplement-Fixationsprobe für Tuberkulose negativ ausfiel.

J. A. Drake: **Xanthoma.** Seit $^3/_4$ Jahr aufgetretene Erscheinungen. Cholesteringehalt des Blutes beträgt das Doppelte des Normalen. Anscheinend Gelbsucht vorausgegangen.

Digitized by Google

J. A. Drake: **Lupus Disseminatus.** Verschieden große, sehr weiche und sukkulente Lupusknoten im Gesicht, Nacken, Rücken, Extremitäten. Bei Diaskopie diffuse braune Infiltration.

G. B. Dowling: **Epithelioma Adenoides Cysticum.** Im Gesicht zahlreiche kleine Tumoren, besonders in der Naso-Labialfurche zu konfluierenden Massen angehäuft; sie sind durchscheinend, einige leicht gedellt. Histologisch Züge epithelialer Zellen, anscheinend identisch mit denen des Basalzellen-Karzinoms; sie umgeben Höhlungen, die Reste von Haaren enthalten.

G. B. Dowling: **Ringworm of the Scalp Treated by Thallium Acetate Epilation** (Trichophytie des Kopfes mit Epilation durch Thalliumazetat behandelt). Die Epilation wurde mit 8—8,5 mg pro kg Körpergewicht durchgeführt. Die erkrankten Haare scheinen der Epilation etwas größeren Widerstand entgegenzusetzen, fallen jedoch einige Tage später aus. Die beobachteten toxischen Erscheinungen (besonders Schmerzen in den Beinen) waren nur geringgradig, doch sollte die Behandlung, wenn möglich, im Bett durchgeführt werden.

G. B. Dowling: **Recurring Eruption, ?Artefact** (Rezidivierende Affektion; artefiziell hervorgerufen?). Bei dem 13jährigen, sehr neurotischen, bereits seit dem 10. Jahre menstruierten Mädchen, treten an Vorderarmen und Handrücken, besonders kurz vor der Menstruation Effloreszenzen auf, seitdem sie mit einer an Blasenausschlägen leidenden Frau zusammen ist. Wahrscheinlich werden die Erscheinungen künstlich hervorgerufen.

F. Parkes Weber: **Chronic Relapsing Pemphigus or Dermatitis Herpetiformis in an Old Man with Chronic Lymphocytosis** (Chronischer rezidivierender Pemphigus oder Dermatitis herpetiformis bei einem alten Manne mit chronischer Lymphozytose). Der sonst anscheinend gesunde, über 70 Jahre alte Pat. leidet an wiederholten, allmählich an Umfang zunehmenden Blaseneruptionen, die schließlich nur Fußsohlen und Handflächen freilassen. Schleimhäute frei. Geringe Vergrößerung oberflächlicher Lymphdrüsen. In dem Blaseninhalt wenig Zellen, meist eosinophile. Im Blut ausgesprochene Lymphozytose, die auch schon früher festgestellt, also chronisch ist. Bei der Sektion des wenige Wochen nach der Vorstellung an einem Erysipel zugrunde gegangenen Pat. fand sich eine chronische lymphatische Leukämie.

F. Parkes Weber: **Persistent Erythema, with Ischaemic Circulation in the Left Foot, Possibly in Part Connected with Prolonged Use of a Plaster Bandage for Tuberculous Disease of the Left Knee** (Erythema perstans mit ischämischer Zirkulationsstörung im linken Fuß, zum Teil vielleicht in Verbindung mit lange anhaltendem Gebrauch einer Pflaster-Bandage wegen tuberkulöser Erkrankung des linken Knies). Beschreibung des Falles im Bericht der Februar-Sitzung der klinischen Sektion. (Proceedings, Bd. 20, S. 46.)

H. Mac Cormac: **Ringworm of the Scalp in an Adult** (Kopf-Trichophytie bei einem Erwachsenen). Die Quelle der Infektion konnte nicht festgestellt werden. Nachweis von Makrosporon in den Haaren.

S. E. Dore: **Multiple Familial Telangiectases** (Multiple familiäre Telangiektasien). Die 56jähr. Pat. leidet seit 14 Jahren an multiplen Telangiektasien an verschiedenen Körperstellen, auch an der Zunge; außerdem häufig Nasenbluten. Bei der Mutter gleiche Erscheinungen in geringerem Grade.

J. H. T. Davies: **Papular Swellings on Eyelids and Forehead: ?Colloid Milium** (Papulöse Schwellungen an Augenlidern und Vorderkopf; Colloid-Milium?). Seit 10 Jahren bestehend, jetzt vermehrt, ungefähr 150 an Zahl.

J. E. M. Wigley: **Mucous Adenomata of Palate; Case for Diagnosis** (Muköse Adenome des Gaumens; Fall zur Diagnose). An der Grenze zwischen harten und weichen Gaumen weißliche Papeln mit hämorrhagischem Zentrum, sich hart anfühlend. Nach vorn begrenzt von rötlich gefärbtem Fleck.

E. G. Graham Little: **Erythema Scarlatiniforme** (Skarlatiniformes Erythem). Bereits vor 1 Jahre war eine ähnliche, über den ganzen Körper ausgebreitete Dermatitis aufgetreten, die mit allgemeiner Exfoliation und Verlust der Haare und Nägel endete. Der Ausschlag hatte sich an das Beschneiden einer Hecke angeschlossen, das vorher schon häufig ohne nachfolgende Reaktion stattgefunden hatte. Diesmal schwand der Ausschlag, bevor größere Flächen ergriffen worden waren. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Russkij Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 5

Zur Differentialdiagnose der chronischen Dermatomyositis, von Milmann und Umanski. 2 Jahre hindurch konnten die Verff. einen 27jähr. Mann beobachten, der von einer Affektion fast aller Muskeln befallen ward, die sich in behinderter Bewegung, Schmerzhaftigkeit und Schwellung äußerte und mit Fieber einherging. Zu gleicher Zeit wurde auf dem Gesicht und dem Halse ein polymorpher Ausschlag konstatiert, der anfangs an ein Erysipel, später an ein Erythem erinnerte und zuletzt in Pigmentation und Atrophie überging. Histologisch handelte es sich um eine interstitielle Entzündung der Muskulatur mit Übergang in Degeneration und um Entzündung der Haut mit Neigung zur Atrophie.

Über Acanthosis nigricans, von Pehur und Tscherkes. Beschreibung zweier Fälle von Acanthosis nigricans, von denen der eine ein 11jähr., der andere ein 18jähr. Mädchen betraf, von denen das erstere außerdem eine Dämpfung im Interskapularraum, vergrößerte Bronchialdrüsen, peribronchiale Stränge, Herabsetzung des Kornealreflexes, Fehlen des Gaumenreflexes, Amphotonie mit Vorwiegen von Hypersympathicotonie und stark ausgesprochene Mantouxsche Reaktion aufwies. Bei dem zweiten fand sich nur eine perkutorisch deutlich wahrnehmbare Verkürzung des Tones über der rechten Lungenspitze.

Über Kriegsmelanose, von Glaubersohn. Melanodermitis lichenoides bei je einem 68jähr. Fuhrmann und 62jähr. Schneider. Universelle Pigmentation mit aufgelagerten miliaren Knötchen von bläulichroter Farbe, welche an Lichen ruber planus erinnerten, aber nicht demselben entsprachen. Die Ätiologie blieb ungeklärt.

Ein Fall von mehrfach auftretenden Exanthemen mit nachfolgender Melanodermie nach Behandlung der Syphilis mit Stovarsolan, von Perkel. Kasuistische Mitteilung.

Gangränöse Affektionen der Mundhöhle und der äußeren Geschlechtsteile, infolge von Wismutbehandlung, von E. Kistjakowski. In dem ersten der beiden beobachteten Fälle kam es bei dem 18jähr. kongenitalluetischen Mädchen, welches unterernährt war und schlechtes Zahnfleisch hatte, nach 3 Injektionen von Mesurol zu einer, unter hoher Temperatur verlaufenden Gangrän auf der rechten Wangenschleimhaut und an den äußeren Geschlechtsteilen. Es wurden Kokken und Streptokokken gefunden. Die Erscheinungen schwanden unter Narbenbildung. Im 2. Fall kam es bei einem 45jähr. Mann mit Tabes dors., nach Anwendung von 13 Injektionen von je 1—10%igen Bi salicyl. und 9 intravenösen Injektionen von NS, zu gangränösen Herden auf dem weichen Gaumen, dem Zungenrücken und der unteren Lippe, von denen das Lippen- und Gaumenulkus in einem Monat vernarbten, das Zungenulkus dagegen in ein Kankroid überging, welches im 4. Monat zum Tode führte.

Ein Fall von Erythema annulare centrifugum Darier, von Worobjeff und Ushanski. Der beschriebene, bei einem 18jähr. Mädchen beobachtete Fall von Erythema annulare centrifugum, entsprach den von Darier im Jahre 1926 genannten Symptomen dieser Krankheit.

Ein Fall von Fremdkörper in der hinteren Harnröhre, von Samsonow. Der Charakter des mit der Sonde festgestellten Fremdkörpers blieb unklar, da der Kranke auf keine Operation einging.

Ulcus molle infundibuliforme, von Sielberg. In Sulc. coronarius fand sich ein erbsengroßes Ulkus mit graugelblichem Belag und konusartiger, knorpelartiger Verhärtung, welche an ein Ulcus indur. erinnerte. Für Lues fanden sich keine Hinweise, und statt dessen entwickelten sich später noch andere charakteristische weiche Schanker.

Zur Frage der Behandlung des Lichen ruber planus mittels Lumbalpunktion, von Posen. Verf. versuchte in 3 Fällen von Lichen ruber planus die Lumbalpunktion zur Verminderung des Juckreizes. In 2 Fällen wurde ein sehr günstiges Resultat, im dritten nur ein vorübergehender Erfolg erzielt. Als Ursache des Nachlassens der subjektiven Empfindungen sieht Verf. eine Änderung des Tonus des vegetativen Nervensystems an, während Soboleff in einer Fußnote hierzu bemerkt, daß es sich hierbei um eine Autoplasmotherapie handeln könnte, da bei der Entnahme des Liquor leicht etwas Flüssigkeit in das umgebende Gewebe sickert.

Über atypische Formen von Urticaria perstans papulosa, von L. Soboleff und L. Markus. Beschreibung zweier Fälle, welche Verff. zur Überzeugung brachten, daß die Urticaria perstans nicht aus der Gruppe der Urticaria ausgeschlossen werden darf,

Digitized by Google

sondern nur als atypische Form anzusehen ist. Die Urticaria papulosa bei Kindern zeigt histologisch viele Übergangsformen, was auf eine Umwandlung des Organismus hindeutet. Dasselbe ist auch der Fall bei der Urticaria perstans papulosa, wobei auf die allmähliche Umänderung der reaktiven Fähigkeit der Haut konstitutionelle Anomalien im endokrinen und retikulo-endothelialen System begünstigend einwirken.

A. Jordan-Moskau.

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 50, H. 4

Über Favide und Leukoderma favicum nebst Bemerkungen über Pathogenese und Systematik der Leukoderme, von R. Habermann und O. Dahmen, Univ.-Hautkl. Hamburg. S. 249. Bei einem 13jähr. Mädchen, das neben einem typischen, durch Achorion Schoenleinii hervorgerufenen Kopffavus ein ausgedehntes Leukoderm des Körpers und vereinzelte follikuläre Keratosen aufwies, trat einen Tag nach einer Röntgenbestrahlung gleichzeitig mit einer Frühreaktion des Krankheitsherdes ein universelles, symmetrisches lichenoides Sekundärexanthem am Körper auf. Das Leukoderm ist nach Ansicht der Verff. eine spezifische Folge der Favuserkrankung und möglicherweise im Anschluß an ein durch frühere Pilzaussaaten hervorgerufenes makulöses Exanthem entstanden. Für die nach primären Pilzkrankheiten zurückbleibenden Depigmentierungen wird die Bezeichnung Leukoderme nach Trichophytie, Favus usw. vorgeschlagen, während nur für die nach Sekundärexanthemen entstehenden Depigmentierungen der Ausdruck Leucoderma favicum, trichophyticum usw. analog dem Leucoderma lueticum beibehalten werden soll.

Zur Frage der Identität des Lichen ruber acuminatus und der Pityriasis rubra pilaris, von W. Kerl, Univ.-Kl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. Innsbruck. S. 261. In den Fällen von Lichen ruber acuminatus, die an der Klinik Riehl und im Elisabethspital beobachtet wurden, zeigen die Effloreszenzen der Schleimhaut weitgehende Ähnlichkeit mit den Knötchen an der äußeren Haut. Ihr histologischer Aufbau ist ein gleichartiger, ferner heilen sie gleichzeitig nach energischer Arsenkur ab. Immerhin ist das Befallensein der Schleimhäute bei Lichen ruber acuminatus derart selten, daß es nicht zur Differentialdiagnose gegen Pityriasis rubra pilaris herangezogen werden kann. Auch die Histologie ist nicht imstande, sicher verwertbare differentielle Merkmale aufzudecken. Es besteht demnach kein Grund, vom Standpunkt der Wiener Schule, die beide Erkrankungen für identisch hält, abzugehen.

Über die Wirkung feuchter Umschläge, von F. Herrmann, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Nürnberg. S. 277. Der therapeutische Effekt des feuchten Umschlages ist hauptsächlich auf Kolloidkorrektur durch Quellungshemmung, ferner auf Gewebsentspannung durch den Gegendruck der Flüssigkeit und auf die Kompensation der Hypertonie des entzündlichen Sekretes durch das eindringende Wasser zurückzuführen. Mit der desinfizierenden Kraft des Mittels und mit Neutralisation eines pathologischen p_H-Wertes der Haut durch die Reaktion der angewandten Lösung allein läßt sich die Wirkung feuchter Umschläge nicht erschöpfend erklären. Die therapeutische Reihe für den quellungshemmenden Effekt lautet: Tannin 1% > essigsaure Tonerde > Bleiwasser 5% > Borsäure (3%—1%) > Resorzin (1%) > Tannin + Salizylsäure (1% + 0,1%) > H_2O.

Die Bedeutung der Blutgruppenuntersuchung bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von G. H. Klövekorn und A. Simon, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 294. Von 416 Syphilitikern gehörten 198 = 47,59% der Gruppe O, 172 = 41,34% der Gruppe A, 28 = 6,73% der Gruppe B und 18 = 4,32% der Gruppe AB an. Die Prozentsätze der Zugehörigkeit von 1176 Individuen zu den einzelnen Blutgruppen lauteten: O 45,32%, A 45,4%, B 6,37%, AB 2,98%. Demnach befinden sich bei Gruppe O 2% mehr Luetiker, bei AB 1½% mehr, bei A 4% weniger, während bei Gruppe B annähernd gleiche Zahlen vorhanden sind. An Lues mit positivem Liquor und Salvarsandermatitis ist Gruppe O mit 25 bzw. 16,67%, A mit 58,33 bzw. 50%, B mit 16,67 bzw. 33,33% beteiligt. Die Zugehörigkeit zu einer Blutgruppe erfährt durch spezifische Behandlung keine Änderung. Bei Patienten, die zur Gruppe O gehören, wurde ein schnelleres Negativwerden der WR konstatiert. Eine Korrelation zwischen Blutgruppe und Hautkrankheit besteht nicht. Verf. regt zu Untersuchungen über Blutgruppenzugehörigkeit bei vererbbaren Dermatosen und Graviditätsdermatosen an.

Digitized by Google

Bemerkungen zu Dr. N. Melczers Arbeit: „Beiträge zur Kenntnis der Fermente der menschlichen Haut“, von J. Wohlgemuth, Chem. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. S. 298. Verf. weist die Behauptung von Melczer, daß seine Resultate wegen Beimengungen von Blut für Normalwerte nicht verwendbar seien, als unberechtigt zurück, da an Leichen eine gründliche Durchspülung besonders der Hautkapillaren kaum zu erzielen ist und infolgedessen die Haut stellenweise stark ödematös durchtränkt wird. Man kann auf diese Weise nie ein Urteil über die wirkliche Quantität der verarbeiteten Haut erlangen. Bezüglich des Ursprunges der Hautlipase hat Verf. es für möglich gehalten, daß sie in irgend einer Beziehung zu den Talgdrüsen stehen, diese Möglichkeit jedoch nicht als feststehende Tatsache angesehen. Die Beobachtung des Verf., daß Glykolyse nur in der Epidermis vorkommt, stimmt mit den Versuchsresultaten Warburgs überein. Wenn Melczer zu einem anderen Ergebnis gekommen ist, dann kann das nur an der Methodik liegen.

Schlußwort zu den „Bemerkungen“ des Prof. Wohlgemuth, von N. Melczer-Budapest. S. 300. Blut läßt sich, wie histologisch nachgewiesen wurde, aus den Kapillargebieten restlos entfernen. Die Gewichtszunahme nach Durchspülung, die durchschnittlich 10,5% beträgt, kann nachträglich wieder in Abzug gebracht werden, stört somit bei der Berechnung der Werte nicht. Im übrigen schlägt Verf. vor, aus seinen korrigierten Zahlen und denen von Wohlgemuth einen Mittelwert abzuleiten. Die verschiedenen Ergebnisse über Glykolyse erklärt Verf. damit, daß zwischen Glykolyse der überlebenden und der Leichenhaut ein Unterschied vorhanden ist. Es besteht die Möglichkeit, daß nach Absterben des Gewebes und mit der Veränderung der Diffusionsverhältnisse ein Teil der glykolytischen Fermente der Epidermis in das Bindegewebe gelangt. Daß eine „sehr kleine“ anaërobe Glykolyse in den tieferen Schichten der überlebenden Haut vorkommt, gibt Wohlgemuth selbst zu.

F. Harry-Wiesbaden.

The Urologic and Cutaneous Review

Mai 1927, Bd. 31, Nr. 5

Renal Haematuria (Nierenblutungen), von C. A. Ball-Dublin. S. 271.

Urological and Dermatological Considerations (Urologische und dermatologische Betrachtungen), von M. Levy-Dorn-Berlin. S. 276. Die Röntgenuntersuchung deckt oft Befunde auf, die sonst nicht erhoben werden können. Wichtig sind z. B. die Schatten nach der Einspritzung gewisser Substanzen (Jodipin, Jodoform, Wismut, Kalomel) und der allmähliche Nachweis ihrer Resorption. Ferner Bedeutung bei Erkrankungen der Harnwege nach den Untersuchungen von Langer (vgl. auch Derm. W., 1927, Bd. 84, S. 594).

The Action of Acute and Chronic Aniline Poisoning upon the Bladder (Die Wirkung akuter und chronischer Anilinvergiftung auf die Harnblase), von K. Scheele-Frankfurt a. M. S. 281. Die Entstehung von Blasengeschwülsten als Folge der Beschäftigung in Anilinfabriken hat zwar eine gewisse Wahrscheinlichkeit für sich, kann aber noch nicht mit absoluter Bestimmtheit behauptet werden. Jedenfalls spielt eine Disposition des Betroffenen eine Rolle.

Pyelo-Roentgenoscopy as the Indispensable Complement of Pyelography (Pyelo-Röntgenoskopie als unumgängliche Ergänzung der Pyelographie), von I. Gonzalez Martinez-San Juan, Porto Rico. S. 286.

Granuloma Inguinale Complicating Pregnancy and Labor (Granuloma inguinale als Komplikation von Schwangerschaft und Entbindung), von P. Brooke Bland-Philadelphia, Pa. S. 293. Die ersten Erscheinungen hatten sich an einen bei der ersten Entbindung entstandenen Dammriß angeschlossen; nach Einspritzungen von Tartarus stibiatus war fast völlige Heilung eingetreten. Nach einer zweiten Entbindung trat eine erneute weitgehende Ausbreitung der Krankheit auf, an der die Pat. zugrunde ging. Die durch Schwangerschaft und Entbindung gesetzten Traumen spielten dabei jedenfalls eine Rolle.

A Clinical Study of Bladder Tumors (Klinische Studie über Blasengeschwülste), von W. Hirt-Breslau. S. 295. Die Entscheidung, ob eine Blasengeschwulst gut- oder bösartig ist, ist oft sehr schwer zu treffen. Die radikale Entfernung der letzteren ist meist nicht möglich. Im allgemeinen wird für die Thermokoagulation eingetreten.

Digitized by Google

Sterilisation und Sterile Preservation of the Ureteral Catheter (Sterilsierung und sterile Aufbewahrung von Harnröhrenkathetern), von A. Rosenburg-Mannheim. S. 296. (Vgl. Derm. W., 1927, Bd. 84, S. 777.)

Erosive and Gangrenous Balanoposthitis: Report of Two Cases With a Brief Literary Review (Erosive und gangränöse Balanoposthitis; Bericht über 2 Fälle mit kurzem Überblick über die Literatur), von E. R. Palmer-Louisville, Ky. S. 297. Zu den gewöhnlich als Geschlechtskrankheiten zusammengefaßten 3 Krankheiten muß als vierte noch die erosive und gangränöse Balanoposthitis hinzugefügt werden, die ätiologisch mit der Plaut-Vincentschen Angina übereinstimmt. Die Infektion kommt nur zustande, wenn durch ein langes Präputium oder eine Phimose ein Abschluß von der Luft besteht, Benetzen der Glans oder der Labien mit Speichel beim normalen Koitus oder Koitus per os kommen weiter in Frage dabei. Die Erkrankung ist mit einem außerordentlich üblen Geruch verbunden. Die Diagnose geschieht durch Nachweis der charakteristischen Keime. Für die Behandlung ist Freilegung der Geschwüre, eventuell durch Spaltung des Präputiums erforderlich, ferner Anwendung von Wasserstoffsuperoxyd.

A Few Fundamentals to Observe in Handling Prostatics (Einige grundlegende Punkte bei der Behandlung von Prostatikern), von A. J. Crowell-Charlotte, North Carolina. S. 302. Frühzeitige Prostatektomie ist anzuraten, erfordert geeignete Vorbehandlung und Versorgung nach der Operation. Empfehlung der perinealen Prostatektomie.

Observations on Kahns Precipitation Test (Beobachtungen über die Kahnsche Flockungsreaktion), von H. Boas-Kopenhagen. S. 304. Bei der Untersuchung von 6083 Fällen stimmte die Kahnsche Probe in 94% mit der WR überein; bei der Untersuchung des Liquors steht sie der WR unzweifelhaft nach. Zu ihrer Ausführung ist genügende Erfahrung erforderlich. Die neue (Schnell-)Methode gibt in 85% Übereinstimmung mit der WR, sie ist wesentlich weniger empfindlich als diese und bisweilen schwer abzulesen. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn. Bd. 21: **Ulcus molle und andere Krankheiten der Urogenitalorgane,** bearbeitet von F. Callomon, J. Fabry, F. Fischl, W. Frei, R. Frühwald, B. Lipschütz, M. Mayer, H. Da Rocha Lima, G. Scherber und G. Stümpke. (Verlag J. Springer, Berlin 1927.) In den beiden ersten Abschnitten des jetzt vorliegenden 21. Bandes des Jadassohnschen Handbuches wird das Ulcus molle abgehandelt. Der bakteriologische, pathologisch-anatomische und experimentelle Teil ist von Frei bearbeitet, der diagnostische und therapeutische von Stümpke. Aus dem erschöpfenden Inhalt sei besonders auf die Darstellung der Intrakutanreaktion mit Streptobazillenvakzine verwiesen. — Callomon bearbeitet in zwei Abschnitten „Induratio penis plastica" und „Sonstige Erkrankungen der Schwellkörper. Priapismus". In überaus klarer Form wird das Krankheitsbild der Induratio penis plastica geschildert. Besonders hingewiesen sei auf die Abhandlung über Zusammenhänge der Erkrankung mit der Dupuytrenschen Kontraktur, sowie auf das klare Kapitel über Priapismus. — In breit angelegter Form werden Phimose, Paraphimose und Balanitis von Scherber besprochen. Der Abschnitt verdient auch das Augenmerk des Urologen und Chirurgen, und zwar nicht nur wegen der operativen Behandlung der Phimose, sondern auch wegen der chirurgischen Eingriffe bei gangränösen Prozessen in der Genitalgegend. Gleichfalls weit über das dermatologische Spezialgebiet hinaus gehen die Abschnitte über „Ulcus vulvae acutum" (von Lipschütz bearbeitet), über „Ulcus chronic. vulvae et ani", von Fabry, über das „Venerische Granulom", von Mayer und Da Rocha Lima, und schließlich Fischls Bearbeitung der „Lymphogranulomatosis inguinalis". Die genannten Kapitel dürften neben dem Chirurgen auch den Gynäkologen und Tropenforscher interessieren, da sie erschöpfend über den gegenwärtigen Stand dieser Fragen unterrichten. — Auch für den Urologen besonders beachtlich ist der letzte Abschnitt von Frühwald über „Pseudogonorrhoe". Unter dieser Bezeichnung werden alle Formen von Urethritis verstanden, welche klinisch einen Tripper vortäuschen können, aber nicht durch Gonokokken bedingt sind. Der postgonorrhoische Katarrh scheidet von den Betrachtungen aus. Der Abschnitt,

Digitized by Google

stoffwechsels durch Jodsalze wird am Menschen nachgeprüft. Gesunde Versuchspersonen erhalten täglich $2^1/_2$ Liter Milch bis zur Konstanz der N-Ausscheidung; dann 11—15 g Jodnatrium oder Jodkalium auf einmal peroral. Untersuchung des Rest-N 3 Stunden, 24 Stunden und 48 Stunden nach dem Jodstoß sowie der N-Ausscheidung im Harn. Ergebnis: Der Rest-N ist 3 Stunden nach dem Jodstoß beim Natriumsalz um durchschnittlich 20,6%, beim Kaliumsalz um 37,9% erhöht und geht dann innerhalb der ersten 24 Stunden zur Norm zurück. Der Harnstickstoff zeigt keine regelmäßige Veränderung. Mit derselben Methode wird auch der Einfluß des Jodstoßes auf den Cl-Gehalt von Blut und Harn untersucht. Sowohl im Blut als im Harn sinkt der Chlorgehalt ungefähr ebenso stark wie der Jodgehalt zunimmt, so daß der Gesamthalogengehalt annähernd gleich bleibt. R. Liebeschütz-Plaut-Hamburg.

Die Rolle des Retikuloendothels beim chemotherapeutischen Heilungsvorgange, von A. Feldt und A. Schott, Inst. Robert Koch-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infektionskrkht., 1927, Bd. 107; H. 2, S. 453.) Die Verff. versuchten an weißen Mäusen das Retikuloendothel durch Entmilzung und nachfolgende intravenöse Injektion einer hochprozentigen Eisenzuckerlösung weitgehend auszuschalten. Danach fanden sie die Heilwirkung von Salvarsan auf die Infektion mit Spirochäten und Trypanosomen abgeschwächt bis vollkommen aufgehoben. Auch die Wirkung der dem Salvarsan und Neosalvarsan entsprechenden Oxyde war abgeschwächt bis aufgehoben. Ähnliche Beobachtungen wurden gemacht bei Verwendung von Trypaflavin, Bayer 205 und Antimosan. Aus den mitgeteilten Versuchen gehe die überragende Bedeutung der Rolle des Tierkörpers, und zwar des Retikuloendothels beim Zustandekommen der Heilwirkung von chemotherapeutischen Stoffen hervor. (Bei entmilzten Mäusen sind die Stoffwechsel- und Umwandlungsprozesse des Salvarsans andere als bei normalen Tieren. Diabetes nach Pankreasexstirpation! In den Versuchen fehlen vor allem Kontrollen mit Ausschaltung auch anderer Organe und Heilversuche mit dem Umwandlungsprodukt des Salvarsans, der Salvarsanbase. D. Ref.) J. Schumacher-Berlin.

Weitere Untersuchungen über die Wirkung von Metallsalzen auf den Brunstzyklus der Maus, von A. Buschke und L. Bermann, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (M. m. W., 1927. Nr. 23, S. 969.) Wie Thallium, so bestimmt auch Blei den Ablauf des Brunstzyklus bei der Maus. Diese Wirkung ist aber nicht einheitlich, da Thalliumratten, die monatelang mit Thallium aceticum gefüttert wurden und die klassischen Symptome der Thalliumvergiftung aufwiesen: Alopecia totalis, Freisein der Sinneshaare, Knochenstörungen, Katarakt, doch den Zyklus behielten. Da allgemeine Ernährungsstörungen nicht allein ausschlaggebend zu sein scheinen, kommt vielleicht eine sympathisch-endokrine Störung in Betracht. H. Lippert-Köln.

Über die schmerzstillende Wirkung der Intrakutaninjektionen mit Normosal, von F. Walinski, III. Med. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 16, S. 647.) Verf. hat durch intrakutane Normosaleinspritzungen an Ort und Stelle des Schmerzes Linderung von verschiedener Dauer erzielt. Auch viszerale Schmerzen wurden durch Injektionen in die Headschen Zonen günstig beeinflußt. Wirkungslos waren die Einspritzungen bei multipler Sklerose und Tabes dorsalis, ferner bei Applikation der Quaddeln an Körperstellen, die vom Ort des Schmerzes entfernt lagen. F. Harry-Wiesbaden.

Value of Sodium Thiosulfate in Poisoning from Oral Administration of Arsenic (Der Wert des Natriumthiosulfats bei Vergiftung durch oral verabreichtes Arsen). von H. B. Haag und W. R. Bond-Richmond. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 16, S. 1219.) Die ausschließlich sehr günstigen Erfahrungen mit Natriumthiosulfat bei Metallvergiftungen veranlaßten die Verff. zu Versuchen, die perorale Arsenvergiftung beim Hunde durch Natriumthiosulfat zu beeinflussen. Als erstes wurde festgestellt, daß die Toxizität des Natriumthiosulfats außerordentlich gering ist; 2.5 g Natriumthiosulfat pro Kilogramm Körpergewicht in Form einer 50%igen Lösung werden intravenös ohne weiteres vertragen. Die Resultate zeigten, daß entgegen der bekannten, außerordentlich günstigen Beeinflussung der Dermatitis infolge organischer Arsenpräparate die Folgezustände einer oralen Vergiftung mit Kalium arsenicosum beim Hunde nicht behoben werden können. R. Hölscher-Hamburg.

Prinzipielles über die Behandlung der Entzündungen durch Entzündungsprodukte (Autopyotherapie), von E. Makai, Chir. Abt. Staatl. Kinderasyl Budapest. (D. m. W., 1927, Nr. 14, S. 570.) Verf. aspiriert zur Entlastung soviel Eiter als möglich und reinjiziert davon $^1/_4$—5 ccm subkutan. Auf den Abszeß kommt ein komprimierender Dunstverband. Stellt sich am 3.—4. Tag wieder Eiterbildung ein, wird erneut punktiert und reinjiziert. Bei hochfiebernden Pat. wird vor der Eitereinspritzung 1 ccm

Digitized by Google

20%iges Terpentinöl gegeben. Sekundäre Injektionsabszesse werden möglichst konservativ behandelt. Nach der genannten Methode wurden 250 Fälle erfolgreich behandelt, darunter 51 Mastitiden, 10 Osteomyelitiden, 8 Periostitiden, 7 Empyeme, ferner Bubonen, Bartholinitis, Drüsen- und Weichteilabszesse. Die auffallendste Wirkung der Eiterinjektion besteht im Nachlassen der Schmerzen. Das Allgemeinbefinden bessert sich schlagartig, die Körpertemperatur sinkt, das Körpergewicht nimmt erheblich zu. Eine bestimmte Erklärung für die Art und Weise der Eiterwirkung vermag Verf. noch nicht zu geben. F. Harry-Wiesbaden.

Welche Substanzen erzeugen Fieber nach intravenöser Injektion? von F. B. Seibert-Chicago. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1927, Bd. 121, H. 3/4, S. 247.) Verf. wendet sich gegen Donath und Heilig, die (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1926, Bd. 113, S. 201—215) angeben, daß Nukleinsäure und Vakzineurin, intravenös in entsprechenden Dosen verabfolgt, beim Tier zu Temperaturerhöhung, Vermehrung des Amin-N im Blute und vermehrter Harnstickstoffausscheidung führen. Bei den von D. und H. angegebenen Versuchen ist eine infektiöse Verunreinigung nicht ausgeschlossen. Es konnte nachgewiesen werden, daß die Injektion von destilliertem Wasser zu Fieber führen kann, zurückzuführen auf eine bakterielle Verunreinigung, die erst durch erneute Destillation wieder ausgeschlossen werden kann. Es konnte weiter festgestellt werden, daß Kochsalz (sogar in Konzentration bis zu 25%, sowie eine Anzahl anderer Lösungen, von denen allgemein behauptet wird, daß sie Fieber erzeugen, kein Fieber hervorrufen, wenn sie mit frisch destilliertem, keine pyrogenen Substanzen enthaltenden Wasser hergestellt werden. Verf. hat sich bereits früher (Am. J. of Phys., 1923, Bd. 67, S. 105—123) mit der Frage des Proteinfiebers besonders nach Milchinjektionen beschäftigt und festgestellt, daß Fieberreaktionen auf Verunreinigungen zurückzuführen sind. R. Hölscher-Hamburg.

Bemerkungen zu der Arbeit von F. B. Seibert: Welche Substanzen erzeugen Fieber nach intravenöser Injektion? von J. Donath und R. Heilig. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., Bd. 122, H. 1—2, S. 128.) J. Donath und R. Heilig konnten die Angaben von F. B. Seibert noch nicht nachprüfen und glauben nicht, daß ein zwingender Grund vorliegt, das Nukleinsäurefieber für Bakterienfieber anzusehen.
R. Hölscher-Hamburg.

Untersuchungen über die Wirkungsweise der Terpentinabszesse, von H. Wendt und F. Weyrauch, Med. Univ.-Kl. Jena. (Zschr. f. kl. M., 1927, Bd. 105, H. 5/6, S. 736.) Die vorliegenden Versuche ergaben, daß bei Hunden nach einem Terpentinabszeß die Serumwirkung unverändert bleibt, während die Leukozyten des Blutes stark vermehrt sind und auch verstärkte phagozytäre Eigenschaften haben. Die nach dem Terpentinabszeß starke Leukozytose und die Verstärkung der phagozytären Eigenschaften der Leukozyten bewirken den günstigen Einfluß auf den Verlauf der septischen Erkrankungen beim Menschen. M. Cohn-Dresden.

Ist Saprovitan ungefährlich? von Rosahl, Inn. Abt. Städt. Krkhs. Wandsbek. (D. m. W., 1927, Nr. 14, S. 580.) Bei einem 65jähr. Pat. mit hochgradiger Psoriasis bildete sich nach der 7. Saprovitan-A-Injektion ein Gelenkerguß im rechten Sternoklavikulargelenk, der später eitrig wurde. Heilung durch Resektion des Gelenkes. Die Psoriasis, die sich bereits während der Behandlung besserte, heilte kurze Zeit nach der mit Fieber einhergehenden Gelenkaffektion vollständig aus. Bei Saprovitan-B-Injektionen wurden keine Nebenwirkungen beobachtet. Bei Behandlung eines Paralytikers keine Zwischenfälle, aber auch keine Beeinflussung der Paralyse. F. Harry-Wiesbaden.

Unsere Erfahrungen in der Behandlung der häufigsten Dermatosen des Kindesalters, von H. Vollmer. (Fortschr. d. Ther., 1927, Nr. 5, S. 153.) Neben Salbenbehandlung — es wird besonders Tumenol und Naftalan zur Desensibilisierung empfohlen — ist sachgemäße Pflege des Kindes die Hauptsache. Zur Unterstützung kann man Höhensonne versuchen. Die diätetische Behandlung an sich spielt eine untergeordnete Rolle.
H. Lewinsky-Berlin.

Die „gelbe Salbe", von Zinsser-Köln. (M. m. W., 1927, Nr. 23, S. 982.) Z. empfiehlt eindringlich die offizinelle 10%ige gelbe Hg-Salbe zur Behandlung von Pyodermien, von Furunkeln und Karbunkeln, insbesondere des Furunkels des Naseneinganges, der Schweißdrüsenabszesse, der Impetigo contagiosa, der Impetigo Bockhardt, des Ekthyma, der Folliculitis decalvans, der Acne necrotica; ebenso bei Paronychieen und Panaritien. Gleichzeitige Jodbehandlung muß vermieden werden. H. Lippert-Köln.

Erfahrungen mit Kupferdermasan bei der Behandlung schlecht heilender Affektionen der Haut, von O. Ellers, Chir. Polikl. Univ.-Inst. Leipzig. (D. m. W., 1927, Nr. 22, S. 918.) Empfehlung des Kupferdermasan mit Oberflächenwirkung zur Be-

Digitized by Google

handlung von Haut- und chirurgischer Tuberkulose, ferner schmierig belegter Wunden und Geschwüre, speziell Ulcera cruris und schuppender Ekzeme.

F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen mit Strontiuran, von F. Harry-Wiesbaden. (D. m. W., 1927, Nr. 20, S. 839.) Urtikaria, Strofulus, Pruritus wurden erfolgreich mit Strontiuran behandelt. Vorzügliche Dienste leistet Strontiuran bei der Salvarsanbehandlung. Seitdem ich dazu übergegangen bin, Salvarsan in zwei Ampullen Strontiuran gelöst zu injizieren, habe ich nie mehr irgend welche Nebenerscheinungen beobachten können. Autoreferat.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Idiosynkrasie gegen Zink, von Pappenheimer-Homburg-Saar. (M. Kl., 1927, Nr. 23, S. 871.) Nach Einträufeln von 2 Tropfen einer Lösung von Zinc. sulfur. 0,1 : 10,0, die von einem anderen Pat. und einer Taube anstandslos vertragen wurde, trat bei einer 22jähr. Dame unter heftigem Fieber starke ödematöse Schwellung beider Augen, Kopfschmerzen, sodann Urtikaria am Vorderarm, Oberschenkel, Leib auf. Nach reichlicher Darmentleerung schwanden die Erscheinungen. Es handelte sich also um eine typische Idiosynkrasie. E. Levin-Berlin.

Über Versuche zur künstlichen Erzeugung von Primelidiosynkrasie, von W. Brocher-Genf. (Inaug.-Diss., Zürich 1926.) Mit der 10%igen alkoholischen Lösung eines aus getrockneten Primelblättern gewonnenen Destillates als Antigen konnte Verf. von 24 normalen Personen 10 = gut 40% künstlich gegen Primeln sensibilisieren. Durchschnittlich waren 2—3 Impfungen, d. h. Einreibung des Primeldestillates in die vorher mit Glaspapier erodierte Haut erforderlich. Das klinische Bild der künstlich erzeugten Primelidiosynkrasie ist identisch mit dem der spontanen Primelidiosynkrasie. Verf. glaubt, daß es mit verbesserter Technik gelingen wird, noch mehr Sensibilisierungen zu erzielen und daß mit derartigen Versuchen, aus denen die große Bedeutung des quantitativen Momentes bei anscheinend qualitativen Unterschieden hervorgeht, die bestehenden Differenzen in der Deutung des Problems: Idiosynkrasie — Anaphylaxie einer Klärung nähergebracht werden können. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Zur Frage der Primeldermatitis, von W. Eitel-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 22, S. 837.) Ein allgemeines Primelverbot ist überflüssig, da nur 6% der Menschen eine besondere Empfänglichkeit für das Primelgift besitzen und eine prophylaktische Behandlung von Händen und Gesicht, bestehend in Abwaschen mit einer Lösung von 1—2 Eßlöffeln Natr. bicarbon. in 1 Liter Wasser nach Berühren hautreizender Primeln vor der Dermatitis schützt. Auch in einem Falle bereits eingetretener Dermatitis wirkte die Behandlung. E. Levin-Berlin.

Experimentelle Untersuchung über die Giftwirkung von Paederus fuscipes Curt. (Coleoptera, Staphylinidae) auf den Menschen, von E. N. Pawlowsky und A. K. Stein-Leningrad. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1927, Bd. 31, H. 6, S. 271.) Ausführliche experimentelle Arbeit mit je einer Abbildung, die Käfer (7—8 mm groß), einen Fall von Blasendermatitis makroskopisch und mikroskopisch und einen die Zerstörung der Talgdrüsen in der Menschenhaut nach Einreibung des Saftes darstellend. Im Blute des Paederus und seinen ♀ und ♂ Geschlechtsorganen sind die giftigen Stoffe, die in die menschliche Haut eingerieben oder als Emulsion injiziert eine Blasendermatitis hervorrufen. Als Emulsion giftig wirkt auch Enddarm- und Malpighi-Gefäßinhalt. Praktisch muß also der Käfer erst auf der Haut zerdrückt werden, um die Erkrankung hervorzurufen, wobei der Hauttalg etwas als Schutz wirkt. Besonders disponiert wird die Haut durch Schwitzen und durch Reibung. Die Dermatitis wird besonders bei den Schiffern und Viehzüchtern der unteren Wolgagegend beobachtet.

H. Colman-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Über den Dermographismus und die Wirkung der Sonnenbäder auf denselben, von Broderson. (Journal zur Vervollkommnung der Ärzte, 1927, Nr. 5.) Auf normaler Haut findet sich sehr oft der rote Dermographismus, welcher an sich selten eine pathognomonische Bedeutung hat. Die Veränderung des Charakters des Dermographismus kann bei einer Reihe von Krankheiten diagnostische und prognostische Bedeutung haben und zuweilen der richtigen Behandlung den Weg weisen. Bei Einwirkung der Sonnenstrahlen auf die Haut sieht man nicht selten auf verschiedenen Körperteilen Dermographismus von verschiedenem Charakter, je nach der Reaktion der Haut auf die Sonnen-

Digitized by Google

strahlen. Der weiße Dermographismus kommt in der Regel zustande bei schwachem Lichterythem oder im Beginn einer passiven Hyperämie und besonders bei Vorhandensein einer beginnenden Hautpigmentation, was als Beginn einer Verstärkung der Antikörper des Organismus und einer Besserung des Allgemeinzustandes gelten kann.
A. Jordan-Moskau.

Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der Haut im langwelligen Gebiet des Spektrums, von W. E. Pauli und I. Ivancevic, Med. Univ.-Kl. Heidelberg. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 532.) Die menschliche und tierische Haut zeigt bei 2 mm Dicke eine große Durchlässigkeit für Wellen zwischen 600 und 1200 μμ mit einem Maximum von 47,6% bei 700—760 μμ. Durchblutete Haut zeigt für weißes Licht die um 4% größere Absorption. Die Messungen wurden mittels Thermosäule, Spiegelgalvanometer und Kohlenbogenlampe vorgenommen. W. Curth-Berlin.

Über künstlich vergrößerte Durchlässigkeit der tierischen und menschlichen Haut für den langwelligen Teil des Spektrums, von W. E. Pauli, Med. Univ.-Kl. Heidelberg. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 546.) Zur Vergrößerung der Hautdurchlässigkeit für die ultraroten und sichtbaren Spektralstrahlen versuchte Verf. eine Durchfärbung der Haut mit ungiftigen Farbstoffen, wie Eosin, Diamilrot, ohne jedoch Erfolge zu erzielen. Es gelang ihm aber durch Auftragen einer Glyzerinschicht, die Durchlässigkeit besonders im Ultrarot zu steigern. Dadurch wird die optisch trübe Schicht in der äußersten Kutis beseitigt. W. Curth-Berlin.

Lichterythem, Pigmentation und Wellenlänge, von H. Guthmann, Univ.-Frauenkl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1927, Nr. 10, S. 402.) Veranlaßt durch scheinbare Widersprüche in den Untersuchungen Dornos, Rolliers und Bernhards, hat der Verf. die erythem- und pigmenterzeugende Wirkung der einzelnen Wellenbereiche des Lichtes untersucht und ist zu folgenden bemerkenswerten Resultaten gekommen: Auch die Strahlung unter 280 μμ und über 312 μμ erzeugt bei genügender Intensität noch Erythem und Pigmentation. Über 435 μμ ist keine Wirkung zu erkennen. Es ist also zu unterscheiden zwischen dem akuten Erythem, hervorgerufen durch eine Strahlung um 300 μμ, und dem, das durch große Lichtmengen bei einer Strahlung über 320 μμ entsteht.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über biologische Lichtwirkungen, von L. Pincussen, Städt. Krkhs. am Urban, Berlin. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 523.) Kolloide in feindispersem Zustande erfahren durch Licht unter Aggregation der Teilchen eine deutliche Vergröberung. Ein Gelatineband krümmt sich — unter Schutz gegen Wärme und Verdunstung — konkav zur Strahlenquelle, analog dem Phototropismus junger Pflanzen und mancher Tiere. Fermente werden durch Licht in schädigendem Sinne beeinflußt; aus Zellen können unter Belichtung Fermente freigesetzt werden und sind dann im Blute nachweisbar. Kaulquappen, die mit Quarzlicht bestrahlt wurden, sterben in Kaliumsalzlösungen erheblich schneller als in Calziumlösung, die sogar gegenüber reinem Wasser einen gewissen Schutz darstellt. Hungernde Tiere mit ihrer starken Bildung organischer Säuren zeigen starken Phototropismus. Diese Säuren werden durch Strahlung abgebaut, und damit wird eine Entquellung erzielt. Die Leber bestrahlter Tiere arbeitet anders als die unbestrahlter.
W. Curth-Berlin.

Wo liegt der „biologische Effekt" im ultravioletten Spektrum? von C. Sonne-Kopenhagen. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 559.) Verf. gelang es, durch Verwendung eines Spektralapparates mit Quarzprisma nachzuweisen, daß wohl die Entstehung des eigentlichen Hauterythems an den Wellenbereich um 300 μμ gebunden ist, daß aber die paramäzientötende Fähigkeit des Ultravioletts erst bei 280 μμ ihr Maximum erreicht, und daß die hämolysierenden Eigenschaften sogar erst bei 240 μμ einen Höhepunkt zeigen. Bisher ist noch kein Beweis dafür vorhanden, daß die Kurve für den therapeutischen Effekt des Lichtes denselben Verlauf zeigt wie die Erythemkurve: wohl wissen wir, daß die antirachitische Wirkung vom Ultraviolett ausgeht, wir wissen aber nicht, wo das Maximum liegt. W. Curth-Berlin.

Über die lokale Wirkung der ultravioletten Strahlen auf die Gewebe, von S. Wail. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 8.) Verf. verfolgte die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf den tuberkulösen Prozeß der Haut histologisch und fand, daß bei der richtigen Dosierung das tuberkulöse Gewebe zerstört wird und vernarbt.
A. Jordan-Moskau.

Ultraviolet Radiation and its Transmission by Various Substances (Ultraviolette Strahlung und ihr Durchdringen durch verschiedene Substanzen), von Ch. Sheard-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 17, S. 1315.) Mittels eines spektographi-

Digitized by Google

schen Apparates wurde die Durchlässigkeit verschiedener Stoffe für Strahlen bestimmter Wellenlänge untersucht. Während durch Vitaglas ein hoher Prozentsatz der ultravioletten Strahlen hindurchgeht, ist gewöhnliches Fensterglas für Strahlen dieser Wellenlängen undurchlässig. Auch durch mit Paraffin imprägnierte Kleidungsstücke sowie mit Zelluloidin verarbeitete Schirme erfolgt ein guter Durchtritt sämtlicher Strahlen des Sonnenlichtes. Letztere Stoffe stellen also ein gutes Medium für den Durchtritt auch der ultravioletten Strahlung dar. B. Peiser-Berlin.

Incidents observés au cours de traitements par les rayons ultra-violets (Beobachtungen über Zwischenfälle bei der Behandlung mit ultravioletten Strahlen), von E. Juster. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 21, S. 420.) Bei der außerordentlich großen Zahl der vorgenommenen Bestrahlungen (Quarzlampe) ist die Zahl der beobachteten Schädigungen eine verschwindend geringe. Immerhin ist ihr Vorkommen (Tod eines Kindes an Granularatrophie, akute Miliartuberkulose, Hämoptoe, wesentliche Verschlechterung des Allgemeinzustandes) bedeutungsvoll genug, um zu Vorsicht bei der Behandlung aufzufordern. Besonders gefährdet scheinen Tuberkulöse zu sein. Das Wiederauftreten der Menses bei zwei in der Menopause befindlichen Personen spricht für Beeinflussung der Ovarienfunktion und kann zur Anwendung bei Zirkulationsstörungen und Fettleibigkeit ovariellen Ursprunges auffordern. E. Levin-Berlin.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Zellen, von W. Scholtz, Univ.-Hautkl. Königsberg i. Pr. (D. m. W., 1927, Nr. 16, S. 643.) Röntgenstrahlen greifen primär das chromatische Gerüst der Kerne an. Es kommt bei nicht zu starker Bestrahlung zu einer vorübergehenden Hemmung des Teilungsvermögens der Zelle. Zerfall und Abtötung des Kerns treten erst nach sehr intensiver Bestrahlung ein. Das Protoplasma und die Funktion der Zelle werden durch Strahlen von 1—3 HED nicht nennenswert geschädigt. Ein längeres Latenzstadium wie bei klinischen Erscheinungen besteht bei der Zellwirkung der Röntgenstrahlen nicht. Chemische Veränderungen der Kernsubstanz sind durch vitale Färbungen und die sogenannte Nuklealreaktion nicht nachweisbar. Mit den experimentell erhobenen Befunden stimmen die klinischen Resultate der Bestrahlung durchaus überein. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Geschichte der „Schwachbestrahlung", von L. Freund-Wien. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 593.) Auseinandersetzung mit Holzknecht, der früher für die ausschließlich einseitige Intensivbestrahlung eintrat, während er seit 5 Jahren zur Schwachbestrahlung in fraktionierten Dosen überging. Freund betont, daß er seit Beginn der Röntgenologie, in dauerndem Kampfe gegen Holzknecht, die jetzt von allen anerkannte Schwachbestrahlung propagiert habe, und daß er sich gegen das Verschweigen seines Namens als Urheber dieser Methode verwahre. W. Curth-Berlin.

X Rays, Radium, Endothermy and Other Physical Agents in Dermatology (Röntgenstrahlen, Radium, Diathermie und andere physikalische Hilfsmittel in der Dermatologie). von J. J. Eller-New York. (M. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 8, S. 541 bis 545; Nr. 9, S. 593—595.) Ohne wesentlich Neues zu bringen, gibt Verf. auf Grund umfangreicher persönlicher Erfahrungen einen Überblick über das Anwendungsgebiet der verschiedenen Methoden und ihre Abgrenzung gegeneinander bei den nachstehenden Krankheiten und ihren verschiedenen Stadien. Auf fraktionierte Dosen nichtgefilterter Röntgenstrahlen reagieren gewöhnlich gut: Eczema seborrhoicum, Trichophytien der unbehaarten Haut, Psoriasis, Lichen planus, Pruritus ani und vulvae, Follikulitis, Neurodermitis. E. Levin-Berlin.

Zur Kasuistik der Wirkung von Strahlenkombinationen auf die Haut, von K. Finkenrath-Berlin. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 591.) Ein Kind, das mit Radium zur Beseitigung von Keloiden — im Anschluß an Lupus durch Finsenbestrahlung entstanden — bestrahlt worden war, ohne daß unangenehme örtliche Reaktionen auftraten, zeigte nach einer gleichzeitig mit vorgenommenen Kohlenbogenbestrahlung ein Radiumulkus. Es wurde nun die photographische Radiumwirkung mit und ohne gleichzeitige Quarz-, Aureol- und Fönbestrahlung untersucht. Stets zeigten die kombiniert bestrahlten Platten stärkere bzw. frühere Wirkung. W. Curth-Berlin.

Urtikaria und Erytheme

Spirochétose bronchiale avec éruption cutanée (Bronchialspirochätose mit Hauterscheinungen), von Th. Mironesco-Bukarest. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 598—600.) In dem Auswurf des Kranken fanden sich ebenso wie in der vergrößerten rechten Tonsille Spirochäten und fusiforme Bazillen. Am Körper bestand

Digitized by Google

ein ausgedehntes Erythem, mit dessen Schwinden auch die Spirochäten und Bazillen wesentlich an Zahl zurückgingen. Auch in anderen Fällen von Spirochätosen wurden Hauterscheinungen beobachtet. E. Levin-Berlin.

Herpes

Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie pathologique du zona zoster (Neue Beiträge zur Pathogenese und pathologischen Physiologie des Zosters), von G. Marinesco und St. Draganesco. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 15, S. 473—483.) In Verfolg früherer Untersuchungen bestätigen weitere klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen die Anschauung, daß es keinen symptomatischen Zoster gibt. Jeder Zoster ist der Ausdruck des spezifischen, wahrscheinlich invisiblen Zostervirus, das zunächst die Haut angreift, deren Veränderungen nicht als trophische Störungen infolge von Läsion der Spinalganglien zu betrachten sind. Vielmehr entsteht diese letztere erst sekundär durch Fortkriechen des Virus längs der Nervenstämme; es kann auch in die Meningen gelangen und vorübergehende Lymphozytose im Liquor bewirken. E. Levin-Berlin.

Encephalitis epidemica und Herpes, von S. Schoenborn-Remscheid. (D. m. W., 1927, Nr. 21, S. 870.) Für gemeinsame Ätiologie sprechen zahlreiche experimentelle, jedoch keine klinischen Ergebnisse. Herpes kommt bei Enzephalitis sehr selten vor. Die positiven experimentellen Ergebnisse erklärt Verf. mit der starken Verbreitung der latenten Infektion mit Herpesvirus. Ihr Vorkommen bei Encephalitis epidemica wäre demnach keineswegs auffallend. F. Harry-Wiesbaden.

Herpès et zona gonococciques (Auf Gonokokkeninfektion beruhender Herpes und Zoster), von P. Jourdanet. (Lyon méd., 1927, Bd. 139, Nr. 23, S. 655—650.) Die Ätiologie des Herpes und des Zoster ist noch immer eine dunkle. Zu einer möglichen Klärung derselben wird eine eigene Beobachtung wiedergegeben, in der bei zweimaliger Trippererkrankung jedesmal ein Zoster aufgetreten war, sowie eine weitere von Loeper und Garcin (Science Médicale Française von 1926), in der sich an eine akute blennorrhoische Arthritis ein Herpes labialis angeschlossen hatte. Die blennorrhoische Ätiologie der Erscheinungen des Zoster und Herpes kann in diesen beiden Fällen nicht zweifelhaft sein, darüber hinaus liegt aber darin ein Beweis für die Zusammengehörigkeit der beiden Affektionen. Die klinische Selbständigkeit beider soll damit nicht bestritten werden, obwohl es eine Reihe von ihnen nahestehenden Erscheinungen gibt, die als Übergangsformen schrittweise von der einen zu der anderen leiten. Beides sind neurotrope Ektodermosen; man könnte sie auch als Neurodermitiden bezeichnen.
E. Levin-Berlin.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Les engelures sont des brûlures par la chaleur rayonnante (Die Frostbeulen sind Verbrennungen durch strahlende Wärme), von S. Leduc. (Presse méd., 1927, Nr. 6, S. 91.) Verf. geht von der Beobachtung aus, daß Frostbeulen, die ja anatomisch Verbrennungen gleichen, nur bei solchen Leuten entstehen, die sich, wenn sie frieren, strahlender Wärme an Öfen und dergleichen aussetzen. Die gleiche strahlende Wärme (Öfen, Kamine, Wärmflaschen) bedingt ja auch Dermatitiden, die den Frostbeulen sehr ähnlich sind. Weil diese Erscheinungen erst lange nach und scheinbar unabhängig von den üblichen Erwärmungen auftreten, hat man sie damit nicht in Zusammenhang gebracht. Eine ähnliche Erscheinung ist auch die Konjunktivitis durch wärmende Lampen (Petroleum u. a.). Die Hände werden einer derartigen Wärmequelle ausgesetzt, während der übrige Körper bedeckt ist, so daß sie überhitzt und damit ihre Gewebe geschädigt werden. Prophylaktisch sollen daher die Hände oder Füße durch Bewegung erwärmt oder nur bedeckt einer Wärmequelle von weniger als 100° ausgesetzt werden. Diese Prophylaxe ist wichtiger als die schwierige Behandlung der Frostbeulen. H. Colman-Berlin.

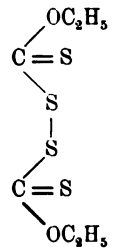
Dressing for Burns (Verband für Verbrennungen), von H. S. Fist-Los Angeles. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 19, S. 1483.) Ein Verband für Verbrennungen soll steril, nicht reizend oder anklebend sein. Er soll den Abfluß und die Granulationsbildung begünstigen. Ein solcher Verband wird folgendermaßen hergestellt: Gaze wird in heiße, flüssige Gelatine getaucht, getrocknet, mit verdünnter Formalinlösung imprägniert, gewaschen und getrocknet. Die Gaze ist dann halbsteif, kann aber gut angelegt werden. Vor dem täglichen Verbandwechsel sind die Wunden und die umgebende Haut gut zu reinigen und zu trocknen. H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Ekzem, Rosazea

Kieselessigsaure Tonerde in der Ekzemtherapie, von B. H. U. Mohrmann, Derm. Stadtkrkhs. II. Hannover. (D. m. W., 1927, Nr. 16, S. 660.) Verf. berichtet über gute Heilerfolge mit Casil bei ätiologisch unklaren Ekzemformen im akuten und subakuten Stadium. Am besten hat sich eine 20%ige Trockenpinselung bewährt, die jeden Tag aufgetragen wird, und zwar ohne vorherige Entfernung der Reste des Vortages. F. Harry-Wiesbaden.

Auligen, ein neues Mittel in der Ekzemtherapie, von Dörner-Heidelberg. (M. m. W., 1927, Nr. 21, S. 895.) Verf. erprobte bei sich selbst an einem bisher durch kein Mittel beeinflußbaren Handekzem, das von der Firma Boehringer u. Söhne hergestellte S-Präparat „Auligen". Er verwandte es als 6%ige Vaseline und hatte einen verblüffenden Erfolg. Ebenso gute Erfolge beobachtete er bei anderen Fällen. Das „Auligen" ist ein Bisäthylxanthogen von der Konstitutionsformel:



Der S-Gehalt ist 52%. Das Präparat ist in Äther, Benzol, Xylol und mineralischen Ölen leicht löslich und schmilzt — bei Zimmertemperatur fest — bei 32°. Besonders wirksam ist es als Salbe bei chronischen, rhagadiformen, schwieligen und auch seborrhoischen, juckenden Ekzemen. Auch als Suppositorien bei Analekzem gut verwendbar. H. Colman-Berlin.

Zur Frage der Behandlung des Ekzems mit intravenösen Bromnatriuminjektionen, von Senin. (Kasanski Medicinski Journal, 1927, Nr. 5.) Intravenöse Brominjektionen rufen nicht die geringsten Nebenerscheinungen hervor und sind bei akutem Ekzem und Hautjucken von günstiger Wirkung, ohne jedoch Rezidive zu verhüten. Bei chronischem Ekzem und Psoriasis vulgaris versagt diese Behandlung. A. Jordan-Moskau.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Bonn, 4. bis 8. September. Vorträge: Grebe-Bonn, Röntgenstrahlenmessung in der Oberflächentherapie; Meyer-Bremen, Grundprobleme der biologischen Strahlenwirkung; Miescher-Zürich, Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut; Gans-Heidelberg, Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen; Klövekorn und Gärtner-Bonn, Biologische Wirkung der Metalleigenstrahlung; Jakoby-Breslau, Strahlenempfindlichkeit von Röntgen- und Teerhaut; Blumenthal und Böhmer-Berlin, Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen; Keller und Rein-Freiburg i. B., Polarisationsmessungen nach Röntgenbestrahlungen; Meyer-Mannheim, Hautempfindlichkeit gegen Kantharidenpflaster nach Röntgenbestrahlung; Martenstein-Breslau, Sensibilisierung gegen Röntgenstrahlen; Schoenhof-Prag, Indirekte Röntgenbestrahlung; Schreus-Düsseldorf, Grenzstrahlen; Arzt und Fuhs-Wien, Buckys Grenzstrahlen; Kirsch-Jena, Buckys Grenzstrahlen; Ruete-Marburg, Grenzstrahlen und Rachitis; Krantz-Köln, Röntgenbehandlung der Mikrosporie; Mallinckrodt-Daun und Klövekorn-Bonn, Strahlenwirkung auf Hautpilze; Scherber-Wien, Röntgenulzerationen; Barnewitz-Essen, Röntgen-Spätulzera; Kolle-Frankfurt a. M., Experimentelles zur Syphilisimmunität; Prigge-Frankfurt a. M., Lymphdrüsenverimpfung bei experimenteller Syphilis; Hoffmann-Bonn, Leicheninfektion mit Syphilis; Schumacher-Königsberg, Lebensdauer der Syphilisspirochäten; Strempel-Bonn, Virulenzerhaltung der Spir. pall.; Boas-Kopenhagen, Gennerich-Mitiansche Reaktivierung der Wassermann-schen Reaktion; Bruck-Altona, Aktivuntersuchung bei Serodiagnose der Syphilis; Oelze-

Digitized by Google

Leipzig, Halbautomatische Lumbalpunktion; MEMMESHEIMER-Bonn, Subokzipitalpunktion; EICKE-Berlin, Ambulatorische Lumbalpunktion; WAGNER-Prag, Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis; HELLER-Charlottenburg, Progressive Paralyse unter den Bühnenkünstlern; SCHREUS und NAPP-Düsseldorf, Kurmaß und Liquorveränderungen; HOFFMANN-Bonn, Syphilistherapie, kontrolliert mit Subokzipitalpunktion; HABERMANN-Hamburg, Paradoxe Wirkung spezifischer Luesbehandlung; v. PLANNER-Wien, Malariatherapie; NAST-Danzig, Malariabehandlung; VONKENNEL-München, Meningeale Permeabilität während Malariabehandlung; NAST-Danzig, Salvarsanikterus; MEMMESHEIMER-Bonn, Salvarsanlichen; BRUCK-Altona, Spirocid; SCHUMACHER-Königsberg, Myosalvarsan; v. PLANNER-Wien, Myosalvarsan; LOMHOLT-Kopenhagen, Wismutverteilung; VONKENNEL-München, Bi-Ablagerung; POEHLMANN-München, Rückgang der Syphilis; HEUCK-München, Malariabehandlung der Gonorrhoe; OELZE-REINBOLDT-Leipzig, Strikturen der weiblichen Urethra; LOEB-Mannheim, Vakzinemischung zur Gonorrhoetherapie; HAUSTEIN-Berlin, Statistik der Geschlechtskrankheiten; BETTMANN-Heidelberg, Dermatographie; JESSNER und HOFFMANN-Breslau, Experimentelle Hautinfektionen; LINSER-Dresden, Thalliumalopezie; GANS-Heidelberg, Jahreszeitliche Schwankungen im Stoffwechsel; MEMMESHEIMER-Bonn, Statistisches über Hautkrankheiten; PERUTZ-Wien, Gewerbedermatosen; POEHLMANN-München, Blutgruppen-Untersuchungen; URBACH-Wien, Chemie der kranken Haut; STÜMPKE-Hannover, Konstitutionstypen in der Dermatologie; MAYR-München, Haut- und Haarfarbe; KADISCH-Charlottenburg, Bedeutung der gallensauren Salze für die Dermatologie; SCHMIDT-LABAUME-Frankfurt a. M., Dermoelastometrie; BRILL-Jena, Analytische Untersuchungen des Schweißes; FREI und GRÜNMANDEL-Breslau, Beziehungen der Haut zum heterogenetischen Antigen; JADASSOHN-Zürich, Pilzzüchtung auf Organen; BIBERSTEIN und NOTHMANN-Breslau, Wachstum von Sproßpilzen bei pankreaslosen Hunden; HOFFMANN-Breslau, Differenzen von Trichophyton aus Haut und Lymphdrüse; KARRENBERG-Hamburg, Primärkultur der Dermatophyten; KARRENBERG-Hamburg, Pilzerkrankungen und Ekzematisation; FREUDENTHAL-Breslau, Amyloid der Haut; BECK und LANG-Pécs, Säure- und Basenempfindlichkeit der Haut; SCHREUS-Düsseldorf, Natriumbikarbonatbehandlung der Urtikaria; DIETEL-Erlangen, Innersekretorische Drüsen bei Dermatosen; BENEDEK-Leipzig, Schizosaccharomykosis; KOHLENBERGER-Mainz, Pathogene Hefearten; RILLE-Leipzig, Pellagra; KREIBICH-Prag, 1. Granuloma senile, 2. Blauer Naevus, 3. Mucin bei Pemphigus, 4. Lichen striatus; ZIELER-Würzburg, Hautkrebse; ARZT-Wien, Leukämische Myelose; ZIELER und HÄMEL-Würzburg, Spezifität des Tuberkulins; WICHMANN-Hamburg, Superinfektion mit Tuberkelbazillen; MAYR-München, Lupus pernio; RAMEL-Lausanne, Tuberkulose und Akne; FREUND-Triest, Lupoid; STERN-Düsseldorf, 1. Dermatitis lichenoides, 2. Lupus follicularis; ZURHELLE-Bonn, Moulagen; v. PLANNER-Wien, Lymphogranulomatose; FUHS-Wien, Fremdkörpertumoren; BRÜNAUER-Wien, Knoten in der Nähe von Gelenken; KUMER-Wien, Herpes zoster und Varizellen; HOFMANN-Frankfurt a. M., Erbgang der Hydroa vacciniforme; STEIN-Wien, Hydroa vacciniforme; FUSS-Ludwigshafen, SPIEGLERsche Tumoren; DÖRFFEL-Königsberg, Kalkablagerungen in der Haut; FREUND-Triest, Mikrophotographien; RIEHL jun.-Wien, Verbrennungstod; EICHLER und ROTTMANN-Göttingen, Mycosis fungoides; GALEWSKY und LINSER-Dresden, Moulagen; GALEWSKY-Dresden, Trichorrhexis areata; GALEWSKY-Dresden, Trichotillomanie; FREUND-Berlin, Herpes und Zoster; SCHALLINGER-Brünn, Aus elastischem Gewebe aufgebaute tumorartige Veränderungen; FRÜHWALD-Chemnitz, Hautmyom; STEIN-Wien, Bromoderm, Selbstmord mit Thallium, Riesenkomedone, Lupus erythematosus acutus; LEVEN-Elberfeld, Prädilektionsstellen für Naevusbildung; ROST-Freiburg i. B., Behandlung von Hautkrankheiten in der allergenfreien Kammer; STEIN-Wien, Rosazeabehandlung, Komedonenentfernung, Varizenbehandlung; STEIN-Wien, Kosmetische Gesichtsspannung; SAALFELD-Berlin, Behandlung mit druckfreien Verbänden nach LASKER; BOURGEOIS-Lausanne, Behandlung der Kahlköpfigkeit; MONCORPS-München, Resorption salbeninkorporierter Medikamente; MAERZ-Eßlingen, Die Behandlung des Ulcus cruris.

Gestorben: Prof. OTTO SACHS, Leiter der dermatologischen Abteilung des Kaiser-Franz-Josef-Ambulatoriums in Wien. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. RILLE, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. UNNA, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 37 (Bd. 85) 10. September 1927

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. KREIBICH)

Über Beziehungen von Vulvitis aphthosa zu Erythema nodosum

Von

Dr. ELLY SCHNABL, Externärztin der Klinik

Beobachtungen über gleichzeitiges Vorkommen von Aphthosis vulvae und Erythema nodosum hat als erster NEUMANN veröffentlicht und hat auf die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges der beiden Erscheinungen hingewiesen. Daß beide Erscheinungen tatsächlich häufig gleichzeitig auftreten, wurde seither von einer Reihe von Autoren beobachtet, die dieses Zusammentreffen verschiedentlich kausal zu begründen suchten (PLANNER und REMENOVSKY, PILS). Über einen Fall unserer Klinik, an dem abermals beide erwähnten Hauterscheinungen gleichzeitig beobachtet wurden und der verschiedene Erklärungsmöglichkeiten zuließ, wird im nachstehenden kurz berichtet.

Anamnese: 27jähr. Frau, 1920 Ausschlag, im selben Jahr ein Partus, Kind luet., Exanthem, WR positiv, starb 10 Tage nach der Geburt. 1921 1. Aufenthalt an unserer Klinik, Diagnose Lues II. Rezidivexanthem (Therapie 6 Hg i. m. und 0,75 Neosalvarsan). 1922 2. Aufenthalt, abermaliges Rezidivexanthem (Therapie 6 Hg i. m. und einige Neosalvarsan). Lumbalpunktion wegen starker Kopfschmerzen. Liquorbefund negativ. 1925 2. Partus, Kind hatte WR negativ, lebt. 1926 Rachenaffektion, angeblich luetischer Natur. Februar 1927 3. Partus, Kind bisher symptomlos. WR negativ. Bei der Patientin setzt am 2. V. 1927 plötzlich Ausfluß ein, Juckreiz im Bereich des Genitales, Brennen beim Urinieren, Ausbildung von Blasen mit eitrigem Inhalt. Gleichzeitig bemerkt Patientin Ausbildung schmerzhafter Knoten an beiden Unterschenkeln, schmerzhafte Schwellung der Halslymphdrüsen, Schluckbeschwerden, Temperatur nahe an 40°. Auf die Genitalaffektion werden Umschläge verordnet, die Beschwerden halten an, am 11. V. bei Einlieferung zu uns bietet Patientin folgendes Bild:

Behaarter Kopf, Gesicht o. B., Mundhöhle: An der hinteren Rachenwand narbige Verwachsungen (anscheinend alte luetische Veränderungen), darüber Ulzerationen im Sinne einer PLAUT-VINCENTschen Angina, die sich an beiden Tonsillen und an beiden Gaumenbogen wiederfinden (keine Aphthen!).

Die Drüsen unter beiden Kieferwinkeln zu leicht druckschmerzhaften hühnereigroßen Paketen verbacken. Stamm bis auf zwei hellergroße Herde an der Haut über dem Kreuzbein, die aus kleinen, follikulär sitzenden akutroten Knötchen bestehen und im Sinne eines Ekzems zu deuten sind, ohne Besonderheiten. Äußeres Genitale: Die leicht ödematösen großen und kleinen Labien dicht besetzt von linsen- bis hellergroßen, schmierigen, fibrinös-eitrig belegten Geschwüren, die einen scharfen, zackigen, wie ausgestanzten Rand, der stellenweise unterminiert erscheint, aufweisen. Die Haut zwischen den Geschwüren und in deren Umgebung normal. Eingehen in die Vulva wegen maximaler Schmerzhaftigkeit unmöglich. Drüsen in inguine leicht vergrößert, weich, leicht druckschmerzhaft. Obere Extremitäten: o. B. Untere Extremitäten: An beiden Unterschenkeln kutan-subkutan gelegene ziegelrote, druckschmerzhafte, erbsen- bis haselnußgroße Knoten, daneben mehr lividrote eingesunkene Efflorescenzen, Temperatur 38°. Im Ausstrich der Tonsillarulzera: Bacillus fusiformis, Spirochaeta refringens und Staphylokokken; derselbe Befund in den aphthösen Geschwüren der kleinen und großen Labien, in letzteren Spirochaeta pallida, Streptobazillus

Digitized by Google

Unna-Ducrey bei wiederholten Untersuchungen negativ. Kaup, WR negativ, MTR ++ (alte Lues!).

Unter blander Therapie Abheilung der Ulzerationen in Mund- und Rachenhöhle. Die E.-n.-Knoten nehmen schon in den nächsten Tagen einen lividen Farbenton an, verlieren ihre Schmerzhaftigkeit, sinken ein und blassen ab. Die Temperatur kehrt am 3. Tage unserer Beobachtung zur Norm zurück. In diesem gebesserten Zustand wird Patientin an die Findelanstalt zurücktransferiert.

Wir haben es also mit einem Fall zu tun, der gangränöse Ulzerationen in Mund- und Rachenhöhle und eine Vulvitis aphthosa aufwies; im Ausstrich beider Affektionen fanden wir Bacillus fusiformis und Spirochaeta refringens; außerdem bestanden e.-n.-artige kutan-subkutan gelegene Knoten an beiden Unterschenkeln.

Wie schon erwähnt, ist ein gleichzeitiges Vorkommen dieser Affektionen bereits beobachtet und die Frage erhoben worden, inwieweit die Aphthosis vulvae mit dem E. n. in ursächlichem Zusammenhange steht, bzw. auf welche Art dieser Zusammenhang zu erklären wäre.

Da Patientin auf der vollen Höhe ihrer Erkrankung eingeliefert wurde, können über den Zusammenhang von Mund-, Genital- und Hautaffektion nur Vermutungen angestellt werden. Die eine Möglichkeit ist folgende: Die Erkrankung begann mit Angina Plaut-Vincenti an beiden Tonsillen; als Folge derselben trat E. n. und Vulvitis aphthosa auf, welch letztere im Sinne PLANNERS und REMENOWSKYS dem E. n. gleichzustellen ist. Jedes E. n. zeigt im Zentrum nekrotisierende Erscheinungen. Man kann sich also vorstellen, daß bei oberflächlicher Lokalisation an der Vaginalschleimhaut bei gleichzeitiger Mazeration von außen das Erythem zu Nekrose und Ulzeration führt, wobei als Nebenbefund der fusiforme Bazillus auftritt. Die zweite Annahme ist, daß Mund- und Genitalaffektion gleichzeitig primär gangränöse Prozesse (Bacillus fusiformis und Spirochaeta refringens) waren, „Vierte Geschlechtskrankheit" im Sinne der amerikanischen Autoren HARRIS, DONOVAN, CORBUS u. a.

Das E. n. wäre nach der einen wie nach der anderen der beiden Auffassungen eine toxisch bedingte Folgeerscheinung der ulzerösen Prozesse.

Daß die PLAUT-VINCENTsche Angina zu Erythema multiforme führen kann, konnten wir an einem anderen Falle beobachten; es handelte sich diesmal um einen Studenten, der mit einer Tonsillarsklerose, verdeckt durch PLAUT-VINCENTsche Angina, in klinische Behandlung kam, bei dem eine einseitige Drüsenschwellung unter dem rechten Kieferwinkel wohl auf die Sklerose zurückzuführen war, wo aber das neben einem luetischen Exanthem bestehende toxische Erythem ausgesprochen multiformen Charakters, das sich in diesem Falle diffus über Extremitäten und Stamm ausbreitete, durch die Resorption der bei der Angina entstandenen Zerfallsprodukte bedingt aufgefaßt wurde. Die Toxine dürften wohl vorwiegend von fusiformen Bazillen stammen. Dies kann erschlossen werden aus den intensiven Allgemeinerscheinungen (Fieber, Prostration) bei sehr umschriebener Nekrose, kleinen Ulcera phagedaenica. Natürlich können von den Toxinen der Bazillen selbst nicht die Gifte getrennt werden, die aus dem zerfallenen Eiweiß stammen. Es spricht rein nur die der Nekrose förmlich vorauslaufende Allgemeinreaktion für den Bazillus selbst. Daß auch an Eiweißzerfallsprodukte allein gedacht werden kann, geht anscheinend aus folgendem Falle einer schweren Kombustio 1.—4. Grades hervor. Die Patientin, um die es sich in diesem Falle handelte, wurde am 8. II. 1927 eingeliefert, am 10. II. 10 Stunden vor dem Exitus traten an der Brust einige bis hellergroße akutrote Effloreszenzen auf, die in ihrer Mitte deutliche Hämorrhagien aufwiesen. In diesem Falle war das durch die Verbrennung koagulierte Eiweiß der Resorption zugänglicher als Bakterientoxine; es war auch kaum Zeit zur Entwicklung des Bakterienrasens, der erst später zum toxisch-bakteriellen Fieber führt. Wir möchten daher dieses Erythem, das wir bei Verbrennungen übrigens öfters und ebenso frühzeitig sahen, auf Eiweißzerfallsprodukte zurückführen, die ebensogut wie ein flaches Erythem auch einmal ein E. n. verursachen können.

Aus obigen Betrachtungen ergeben sich zwei mögliche Deutungen:

1. Neben PLAUT-VINCENTscher Angina eine Vulvitis aphthosa gangraenosa und ein Erythema nodosum. Beide letzteren Prozesse als Folge des ersten.

2. PLAUT-VINCENTsche Angina und Vulvitis gangraenosa gleichzeitig entstanden; als toxisch bedingter Folgezustand das Erythema nodosum.

Die Toxine stammen vom fusiformen Bazillus, wohl aber auch zum Teil vom zerfallenen Eiweiß.

Digitized by Google

Literatur

NEUMANN, Versamml. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, Wien 1894, u. W. kl. Rdsch., 1895, Nr. 19 u. 20. — PILS, Arch. f. Derm., Bd. 149, S. 4. — PLANNER u. REMENOVSKY, Arch. f. Derm., Bd. 140, S. 162. — SCHERBER u. MÜLLER bei CALLOMON, Die nichtvenerischen Genitalerkrankungen. Georg Thieme, Leipzig 1924.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Wiesbaden
(Leiter: Oberarzt Dr. GUTMANN)

Ein weiterer Beitrag zum Kapitel der lokalen Amyloidosis der Haut

Von

C. GUTMANN

Mit 3 Abbildungen im Text

(Schluß)

Im allgemeinen hält sich nun die Ablagerung dieses Eiweißkörpers im vorliegenden Falle in bescheidenen Grenzen. Besonders gering ist seine Menge in den jüngeren Knötchen, wo kaum einmal eine Papille völlig damit ausgefüllt ist. Reichlicher ist das Amyloid, z. T. in größeren kompakten Blöcken in zwei der seit 6—7 Jahren bestehenden Effloreszenzen vorhanden. Aber auch hier sind selbst an Stellen der stärksten Infiltration mit ihm, die ich überhaupt ermitteln konnte, noch relativ große Bezirke frei davon. Vor allem gilt dies auch für die an die Epidermis direkt angrenzenden Abschnitte des Stratum papillare. Nirgend reicht das Amyloid tiefer herab als bis zu einer Linie, die man sich durch die Spitzen der am weitesten in die Kutis sich hineinsenkenden Reteleisten gezogen denkt. Die Amyloidablagerung bleibt nur auf das Zentrum der Effloreszenzen beschränkt; ihre Peripherie ist davon frei, und ebensowenig läßt sich auch nur die geringste Spur davon abseits der Gebilde in der Kutis, Subkutis und im subkutanen Fettgewebe nachweisen (s. Abb. 3).

So viel zur Klinik und Histopathologie des Falles. Es handelt sich also hier kurz zusammengefaßt um eine ausgesprochen chronische, lediglich die unteren Extremitäten einnehmende Dermatose mit folgenden klinischen Merkmalen: Präeruptives Jucken, Auftreten derber, kleiner, roter Knötchen, aus denen unter Fortdauer des meist anfallsweise auftretenden Juckreizes, der zu häufigem Reiben und Kratzen zwingt, ganz allmählich außerordentlich derbe Effloreszenzen werden. Durchmesser derselben 1—6 mm. Die harte, rauhe, oft auch warzige, z. T. schuppende Oberfläche bei den kleineren Effloreszenzen sich häufig der Form einer Halbkugel nähernd, bei den großen mehr oder weniger konvex gestaltet. Unverändertes Verharren der Gebilde in diesem Zustand, nach den ganz bestimmten Aussagen des Patienten wenigstens, über Jahr und Tag, und nur gelegentlich einmal an einem oder anderem derselben teilweise Rückbildung. Zwischen den immer isoliert bleibenden Knötchen und Knoten und auch abseits von ihnen die Haut da und dort über

Digitized by Google

größere und kleinere Flächen hin verdickt, und hier zugleich die Oberflächenfurchung häufig verstärkt, also Veränderungen im Sinne des Lichen Vidal.

Das histologische Bild der Effloreszenzen läßt im wesentlichen folgendes erkennen: starke Hyperkeratose, Verbreiterung des Stratum granulosum und auch der übrigen Teile des Rete Malpighi einschließlich der Reteleisten. Im Stratum papillare, stellenweise auch in den anschließenden Teilen des Stratum reticulare, die Zeichen einer im ganzen mäßigen subakuten bzw. chronischen Entzündung. Fast ausschließlich im Zentrum der Effloreszenzen auf das Stratum papillare beschränkte Einlagerung von Amyloid in geringen bis mäßig großen Mengen.

Legt man sich jetzt zunächst einmal die Frage vor, ob diese Amyloidinfiltration als Teilerscheinung einer allgemeinen Amyloidose oder als ein rein lokaler Vorgang zu betrachten ist, so kann die Entscheidung m. E. nur in letzterem Sinne fallen. Eine so eng begrenzte Ablagerung des Amyloids, die sich lediglich in den allerobersten Schichten der Kutis abspielt und zudem nur unterhalb solcher Epidermisabschnitte, die sehr erheblich pathologisch verändert sind, ist bei allgemeiner Amyloidose der Haut noch niemals beobachtet worden. Bisher wenigstens konnte man in derartigen Fällen — ich verweise hier auf die Feststellungen Schilders [1]) und vor allem auch Königsteins [2]) bei seinen zwei hochinteressanten Fällen von ausgedehnter Mitbeteiligung des Hautorgans an allgemeiner Amyloidose —, Amyloid in allen Schichten der Kutis nachweisen, ganz besonders auch im Bereiche der Talg- und Schweißdrüsen und vor allem in den Wandungen der Gefäße und in ihrer Umgebung. Von alledem ist aber im vorliegenden Falle nicht im geringsten die Rede. Hinzu kommt, daß, obwohl nun schon fast 13 Jahre seit den ersten Anfängen des Hautleidens ins Land gegangen sind, unser Patient sich noch immer der allerbesten Gesundheit erfreut, was kaum mit dem Bestehen einer Amyloidose irgend welcher inneren Organe in Einklang zu bringen wäre. Und so wüßte ich in der Tat nicht, was gegen die Annahme, daß die Amyloidinfiltration hier einen rein örtlichen Prozeß darstellt, eingewendet werden könnte, wenn ich freilich auch bedauern muß, daß wir aus äußeren Gründen zur Sicherung dieser Auffassung die Bennholdsche Kongorotmethode [3]) nicht ausführen konnten.

Wo soll man nun diesen Fall unterbringen? Schaltet man die Tatsache der Amyloidablagerung zunächst einmal ganz aus, so könnte er nach meinem Dafürhalten — und dem hat gelegentlich der Demonstration des Falles in Frankfurt Herr Geh. Rat Herxheimer nicht widersprochen — nach Anamnese, Verlauf und nach dem klinischen und auch histologischen Bilde eigentlich nur jener Dermatose zugezählt werden, die Brocq und Pautrier [4]) früher als Lichen obtusus corné bezeichnet hatten, und die späterhin Pautrier [5]) mit dem Namen „Lichénification chronique nodulaire“ belegte, um damit zum Ausdruck zu bringen,

---

[1]) Frankf. Zschr. f. Path., Bd. 3, Nr. 2, S. 781. — [2]) l. c. — [3]) Arch. f. kl. Med., Bd. 142, S. 32. — [4]) Dermatol. Kongreß Budapest 1909; Ref. Arch. f. Dermatol., Bd. 56, S. 409. — [5]) Ann. de Derm. et de Syph., 1921, Bd. 3, Nr. 2, S. 49ff.; Ref. Zbl., V, 20

Digitized by Google

DERMATOLOG. LABORATORIES REMOVED.

daß die Affektion mit dem Lichen ruber nichts zu schaffen habe, vielmehr mit der Gruppe der Lichenifikationen nahe verwandt sei. Auf dieses Krankheitsbild, das ja bekanntlich in der Literatur auch als Urticaria perstans papulosa bzw. verrucosa (Kreibich)[1]), als Keratosis verrucosa (Weidenfeld)[2]), als Prurigo nodularis (Hyde-Kasch[3])), als Neurodermitis nodulosa (Farby)[4]), und als Ekzema verrucosa callosum (Ahrens-Unna)[5]) beschrieben ist, im Rahmen dieser Arbeit weiter einzugehen, muß ich mir versagen. Nur folgendes möchte ich scharf hervorheben: an sich ist ja die Zahl der bisher ausführlich mitgeteilten Beobachtungen dieser Art nicht sonderlich groß, so daß W. Pick[6]) bis 1926 nur 25 sichere Fälle im Schrifttum der letzten 45 Jahre ausfindig machen konnte, denen er einen eigenen anfügt. Diese Zahl wächst auch nicht beträchlich, wenn man die Fälle hinzu addiert, die in den letzten 2—3 Jahren in Dermatologischen Gesellschaften und Vereinigungen mehr oder minder ausführlich besprochen wurden. Aber trotz dieser relativ spärlichen Kasuistik muß es doch auffallen, daß man noch niemals bisher bei einem derartigen Fall die Kombination mit Amyloidinfiltration beobachtet hat. Auch in den neuesten deutschen Arbeiten über diesen Gegenstand, die, soweit ich sehe, aus der Feder von W. Pick[7]), Lehner[8]) und Fasal[9]) stammen, ist nichts davon erwähnt, auch läßt die eingehende Beschreibung ihrer Fälle nirgendwo die Vermutung aufkommen, als könnte den Autoren eine Amyloidinfiltration etwa entgangen sein. Die Dinge liegen also doch wohl so, daß Amyloid nicht zum Wesen dieser Dermatose gehört, so wenig wie dieser Befund nach der Ansicht von Königstein[10]), die ich durchaus teile, als ein pathognomisches Zeichen des Lichen chronicus Vidal gelten kann. Es bleiben daher m. E. nur zwei Möglichkeiten übrig. Entweder ist im vorliegenden Falle das Amyloid ein zwar recht interessanter, im übrigen jedoch nebensächlicher Zufallsbefund bei chronischer nodulärer Lichenifikation, oder aber man muß annehmen, daß hier ein eigenes, allerdings sehr lebhafte Anklänge an obige Dermatose aufweisendes Krankheitsbild vorliegt, das gerade durch die Ablagerung von Amyloid sein charakteristisches Gepräge erhält. Für die letztere Auffassung möchte ich entschieden eintreten.

Mit dieser Auslegung des Falles soll aber nun nicht etwa gleichzeitig die Behauptung verknüpft werden, daß er in der Frage der Amyloidosis der Haut etwas prinzipiell Neues brächte und somit ganz abseits zu stellen wäre. Im Gegenteil, ich meine, daß er sich zwanglos einer kleinen Reihe von Hautamyloidfällen anreihen läßt, nämlich dem dritten Fall von Königstein[11]), den beiden Fällen F. Juliusbergs[12]), und von denen der eine 1900 publiziert, der andere vor etwa 1 ½ Jahren demonstriert und eingangs der Arbeit von mir referiert ist, und schließlich den zwei früher von mir beschriebenen Beobachtungen. Vielleicht gehört auch der Lichen-ruber-ähnliche Fall Freudenthals[13]) hier-

---

[1]) Arch. f. Derm., 1899, Bd. 48. — [2]) Arch. f. Derm., 1902, Bd. 63. — [3]) Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123. — [4]) Arch. f. Derm., 1916, Bd. 121. — [5]) Derm. W., 1920, Bd. 71. — [6]) Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150. — [7]) l. c. — [8]) Derm. W., 1925, Bd. 81. — [9]) Arch. f. Derm., 1925, Bd. 148. — [10]) l. c. — [11]) l. c. — [12]) l. c., Festschr. zu Ehren von M. Kaposi, 1900, u. Derm. Zschr., 1923, Bd. 39. — [13]) l. c.

Digitized by Google

her, den ich gleichfalls im Anfang meiner Ausführungen erwähnte; doch ist eine Beurteilung desselben unmöglich, da irgend welche genaueren Daten über ihn z. Zt. noch fehlen.

Die eben genannten Fälle einzeln, wenn auch nur skizzenhaft, hier wiederzugeben, würde zu weit führen. Ich muß mich vielmehr darauf beschränken, die ihnen gemeinsamen Hauptmerkmale kurz zu kennzeichnen. In allen Fällen wird das klinische Bild der ausgesprochen chronischen Erkrankung beherrscht durch mehr oder minder zahlreiche, in einzelnen Fällen auch in großen Mengen nachweisbare, aber selbst bei dichtester Lagerung niemals konfluierende Papeln und Knötchen von schmutziggrauer bis braunroter Farbe und derber bis harter Konsistenz und in der Regel außerordentlich langem Bestande. Ihre Größe schwankt zwischen der eines Stecknadelkopfes und einer Linse. Ihre Oberfläche ist manchmal plan, meist aber leicht oder sogar kugelig gewölbt, dabei manchmal glatt, ja glänzend, ganz überwiegend jedoch schuppend oder auch rauh. Die Haut zwischen den Effloreszenzen, aber auch abseits von ihnen, ist bald mehr, bald weniger häufig und umfangreich verdickt, stärker gefurcht und schmutziggrau bis bräunlichrot verfärbt. (Nur bei der kurzen Wiedergabe des zweiten Falles von Juliusberg ist davon nichts erwähnt.) Sitz der Veränderungen sind in erster Linie die unteren Extremitäten und hier wieder insbesondere die Unterschenkel, aber auch andere Körperteile, ausgenommen bisher Hände und Füße, Kopf, Gesicht und Hals.

Der histologische Aufbau der Effloreszenzen ist in allen Fällen fast völlig übereinstimmend geschildert. Die immer wiederkehrenden Hauptbefunde sind: Hyperkeratose, Akanthose mit Einschluß der Reteleisten und Amyloidinfiltration des Papillarkörpers und äußersten Falles noch einer an ihn unmittelbar angrenzenden schmalen Zone der Pars reticularis. Dabei füllen die amyloiden Massen fast stets diese Bezirke mehr oder minder vollkommen aus. Daneben bestehen in diesen Kutisabschnitten meist nur ganz geringfügige Zeichen bzw. Reste einer banalen Entzündung. An subjektiven Symptomen ist lediglich der häufig in Attacken auftretende Juckreiz hervorzuheben, der alle diese Fälle begleitete und fast ausnahmlos von großer Intensität war.

Das möge genügen, um darzutun, daß die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen diesen Fällen und dem von mir oben geschilderten außerordentlich enge sind. Aber genau so, wie die obigen 5 Fälle in diesem oder jenem Punkte voneinander abweichen, läßt auch unser hier beschriebener Fall Differenzen gegenüber allen übrigen erkennen, die sich in der Hauptsache in zwei Richtungen bewegen. Die eine betrifft die Effloreszenzen als solche. Sie erreichen nämlich eine bis dahin bei Hautamyloidose noch nicht beobachtete Größe, so daß man in der Tat berechtigt ist, von Noduli und Nodi zu sprechen. Auch haben sie eine ungewöhnlich harte Konsistenz, z. T. eine direkt warzige Oberfläche. Der zweite Unterschied bezieht sich auf das Amyloid, zwar nicht soweit die Orte seiner Ablagerung, sondern soweit die Mengen, in denen es vorhanden ist, in Frage kommen. Während in den sonstigen Fällen, auch in den früher von mir beobachteten, dieser Eiweißkörper eine Papille neben der andern, oder wo diese

Digitized by Google

mehr oder minder verstrichen waren, die unter der Basalzellenschicht gelegenen Kutisabschnitte großenteils oder gar völlig ausfüllte, kann davon in unserem jetzigen Falle keine Rede sein, wie ja aus der Darstellung der histologischen Befunde ersichtlich ist. Gegenüber den sehr ausgesprochenen Veränderungen am Epithel tritt also die Amyloidablagerung für den Augenblick zum wenigsten in den Hintergrund, aber es wäre ja durchaus denkbar, daß dieser Prozeß noch keineswegs zum Abschluß gekommen ist, und daß eine nach längerer Zeit wiederholte Untersuchung eventuell Verhältnisse aufdecken könnte, die denjenigen bei den früher beschriebenen Fällen durchaus entsprechen würden. Alles in allem genommen handelt es sich also doch wohl nur um unwichtige Differenzen, die den Kern der Sache gar nicht berühren, so daß es sich m. E. keineswegs rechtfertigen ließe, den Fall zu etwas Besonderem zu stempeln. Und so glaube ich keinen Fehlgriff zu tun, wenn ich ihn den anderen 5 Fällen anreihe und in allen 6 Fällen Repräsentanten einer Form der lokalen Amyloidosis der Haut erblicke, der ich schon 1925 in meiner zweiten Arbeit infolge ihres besonderen Gepräges eine Sonderstellung innerhalb des Gesamtgebietes der Hautamyloidose einräumen, und die ich demgemäß als eine Dermatose sui generis auffassen zu sollen glaubte. In dieser Gruppe von Fällen hebt sich der vorgehend beschriebene dadurch heraus, daß er klinisch und auch histologisch das Bild der chronischen nodulären Lichenifikation imitiert. Das Dunkel, in welches bisher die Ätiologie dieser Amyloiddermatose gehüllt war, wird freilich auch durch ihn in keiner Weise erhellt.

Spirozidbehandlung bei Frühlues[1])

Von

Prof. C. Bruck in Altona

Die Einführung der Phenylarsinsäureverbindungen als perorales Antiluetikum hat zwar vom prophylaktischen Standpunkt aus größere Beachtung gefunden, der therapeutischen Seite jedoch, d. h. der Frage: Ist es möglich, Menschen mit vollentwickelter Lues durch interne Verabreichung von Storvasol- bzw. Spirozidtabletten zu heilen? — ist bisher nur ein verhältnismäßig bescheidenes Interesse entgegengebracht worden. Zwar haben sich außer den französischen Autoren, insbesondere Oppenheim und der verstorbene Merk, sowie sein Schüler Krösl für die Spirozidbehandlung der Lues eingesetzt und es haben auch eine Reihe deutscher Autoren — ich nenne nur Luerssen, Tezner, Soldin und Lesser, Altmann und Aliesow, Gimplinger, Spiethoff, Scholtz, Mulzer, in letzter Zeit v. Steinen, die Wirksamkeit des Präparates anerkannt und insbesondere die hervorragende Brauchbarkeit bei der Behandlung der kongenitalen Lues hervorgehoben. Bei der Behandlung der Lues Erwachsener sind die bisher gesammelten Erfahrungen noch relativ gering.

[1]) Vortrag, gehalten auf dem 15. Dermatologenkongreß in Bonn 1927.

Digitized by Google

Hätte Ehrlich, der ja die Verwertbarkeit der Phenylarsinsäureverbindungen schon lange vor Levaditi studiert hatte, das Spirozid vor 20 Jahren als internes Antiluetikum herausgegeben — das Aufsehen wäre ein enormes und die Literatur heute wohl schon unübersehbar gewesen.

So aber hat die Entdeckung des Salvarsans, dann die Einführung der Wismuttherapie, der in den letzten Jahren die Malariabehandlung folgte, das Interesse an der internen Luesbehandlung sehr in den Hintergrund treten lassen.

Es ist dies im Grunde genommen eine ganz erfreuliche Erscheinung, denn sie beweist indirekt, daß das Gros der Ärzte trotz allem Skeptizismus mit den Resultaten der Salvarsan- und Wismutära durchaus zufrieden ist, und wenn man die Erfolge besonders der heutigen sog. maximalen Frühbehandlung mit den Verhältnissen der Vorsalvarsanzeit vergleicht, so muß man sich dieser Befriedigung nur anschließen.

Wenn man jedoch bedenkt, daß wir bisher kein einziges Präparat besaßen, das vom Magen-Darmkanal aus heilend auf Syphilis wirkt (denn daß die innerlich verabreichten Hg- und Jodverbindungen zwar eine oft willkommene symptomatische, aber keine genügende Heilwirkung im chemotherapeutischen Sinne haben, darüber dürfte wohl heute kein Zweifel mehr bestehen), so scheint die Frage nicht unwichtig: Wirkt das innerlich verabreichte Spirozid nicht nur prophylaktisch, sondern übt es eine wirkliche Heilwirkung auf die bereits ausgebrochene Erwachsenensyphilis aus, mit anderen Worten: Gelingt es durch Spirozid allein, eine Lues zu heilen? Formulieren wir die Frage so, dann gibt uns die bisherige Literatur sehr wenig Auskunft, denn die meisten Autoren behandelten bisher kombiniert mit Salvarsan, Hg oder Bi oder schließen an die Spirozidkur eine Injektionsbehandlung an; und auch Oppenheim, der ja zweifellos über die größte Erfahrung auf diesem Gebiet verfügt, hat nur eine bescheidene Anzahl von Fällen rein mit Spirozid behandeln können.

Um über die Spirozidwirkung klarer zu sehen, habe ich mich daher seit etwa $1^1/_2$ Jahren entschlossen, eine Anzahl von Fällen nur mit Spirozid, und zwar in chronisch-intermittierenden Kuren zu behandeln. Ich verfüge bisher über 45 Fälle, möchte aber 24 von ihnen an dieser Stelle ausschalten, bei denen es sich um alte tertiäre, spätlatente Tabiker handelt, da sie nur ein rein symptomatisches Interesse bieten. Denn, wenn wir über den wirklichen Heilerfolg einer neuen Behandlungsmethode Bescheid wissen wollen, so müssen wir sie an der Frühlues, insbesondere an der voll ausgebildeten sekundären Lues erproben. So möchte ich hier kurz über 21 Frühfälle (10 Männer und 11 Frauen) berichten. Diese Zahl ist nicht groß, aber wenn man berücksicht, daß gut verwendbare Sekundärfälle weit seltener geworden sind als früher und daß außerdem nicht jeder Fall aus äußeren Gründen für reine Spirozidbehandlung geeignet war, so wird die relativ geringe Krankenzahl verständlich erscheinen, und immerhin kann man von 21 gut und fortlaufend beobachteten Fällen schon einen Eindruck gewinnen.

Die Art der von uns geübten Kuren zeigt Tabelle I.

Wir geben die Tabletten nicht, wie dies meist geschieht, frühmorgens nüchtern und auf einmal, sondern im Laufe des Tages verteilt immer

Digitized by Google

nur je eine nach einer Mahlzeit. Dabei werden die Tabletten ausgezeichnet vertragen, so daß wir von ernsteren Nebenerscheinungen nie etwas beobachtet haben. In 7 Fällen von 45 (etwa 16%) kam es zu leichten Arzneiexanthemen (6 bei Frauen, 1 bei einem Manne). Hier traten leicht juckende Exantheme, besonders an den oberen Extremitäten, dem Gesicht und zuweilen am Stamm, auf. Nach Aussetzen der Tabletten verschwanden diese Exantheme ausnahmslos sehr rasch, meist schon nach 1—2 Tagen. Ein Stärkerwerden oder gar eine Generalisierung haben wir nicht gesehen. In allen Fällen wurde nach mehrtägiger Pause in langsam steigenden Dosen wieder mit den Tabletten begonnen, mit dem Erfolg, daß nunmehr auch die Höchstdose von 4 Tabletten pro die anstandslos vertragen wurde. Mit den zuweilen auftretenden schweren Salvarsandermatitiden lassen sich also diese Spirozidexantheme, wenn sie ihnen auch wohl wesensverwandt sind, gar nicht vergleichen. Das einzige, was man zu beachten hat, ist, daß mit der Möglichkeit dieser Nebenerscheinungen rechnet und den Patienten vor jeder Spirozidkur ausdrücklich darauf aufmerksam macht, mit der Weisung, sofort mit den Tabletten aufzuhören, sobald er Hautjucken oder Rötungen merkt. Tut man das, so kann man nach unseren Erfahrungen auch chronisch-intermittierende Spirozidkuren ungefährlich gestalten.

Tabelle I. Schema der Spirozidbehandlung

Tag	1	3	5	7	9	11	13	15	17	
1. Kur. Tabletten	2	2	3	3	4	4	4	4	4	= 7,5 g
	1 Woche Pause									
2. Kur. Tabletten	2	4	4	4	4	4	4	4	—	= 15 g
	2 Wochen Pause									
3. Kur. Tabletten	2	4	4	4	4	4	4	4	—	= 22,5 g
	3 Wochen Pause									
4. Kur. Tabletten	2	4	4	4	4	4	4	4	—	= 30 g
	4 Wochen Pause									
5. Kur	desgleichen usw.									

Was nun die Wirkung des Spirozids bei Frühlues betrifft, so war bei etwa 1/3 der Fälle nach dem ersten oder zweiten Tablettentag eine ausgesprochene Jarisch-Herxheimer-Reaktion zu verzeichnen, bestehend in starkem Exanthemvortritt, Fieberanstieg, Kopf- und Gliederschmerzen; Erscheinungen wie wir sie ja auch nach den ersten Salvarsaninjektionen zu sehen gewohnt sind, und die natürlich keine Kontraindikation gegen Fortsetzung der Behandlung darstellen können.

Die Wirkung auf die Spirochäten war eine sehr prompte. Wenn sie auch nach dem ersten Tablettentage stets noch nachweisbar waren, so waren sie doch nach dem zweiten und dritten Tablettentag regelmäßig verschwunden, so daß in dieser Beziehung das Spirozid dem Salvarsan als ebenbürtig bezeichnet werden kann.

Die Wirkung auf die klinischen Erscheinungen der Sekundärlues ist entschieden etwas langsamer als die einer kombinierten Sal-

Digitized by Google

varsan-Bi-Kur, steht ihr aber nur wenig nach und ist sicher schneller als die einer alleinigen Hg- oder Bi-Behandlung. So sahen wir Primäraffekte, Kondylome, Plaques und Exantheme regelmäßig noch während der ersten Kur, also während der beiden ersten Behandlungswochen schwinden. Nur stark indurierte Sklerosen und regionäre Drüsenschwellungen waren meist noch während der zweiten Kur nachweisbar und verschwanden zuweilen erst nach der dritten.

Was nun die serologischen Resultate betrifft, so muß ich betonen, daß ich hier sehr scharfe Anforderungen zu stellen gewohnt bin, wie ich an anderer Stelle noch auseinandersetzen werde. Ich begnüge mich nicht damit, das Negativwerden des Original-WASSERMANN zu konstatieren, sondern ich kontrolliere sämtliche Fälle fortlaufend nach 4 Methoden, der Originalmethode der WR, der Aktivkomplementbindung, der Zentrifugierflockung (letztere beiden Reaktionen nach den von mir gegebenen Vorschriften) und der MTR, und ich betrachte erst dann einen therapeutischen Erfolg für genügend, wenn alle Reaktionen (bei Abschluß der Behandlung natürlich auch der Liquor) negativ geworden sind.

Zunächst zwei seronegative Primäraffekte! (der eine 2, der andere 3 Wochen post inf.). Diese beiden Kranken haben je 4 Spirozidkuren gemacht, also 120 Tabletten genommen. Die allmonatlichen Serumkontrollen sind jetzt 4 bzw. 6 Monate nach Abschluß der Behandlung (8 bzw. 9 Monate post inf.) vollkommen negativ und irgend welche klinischen Erscheinungen sind nicht aufgetreten. Ich will nicht behaupten, daß diese beiden Fälle definitiv geheilt sind, aber immerhin wird man zugeben, daß die Wahrscheinlichkeit hierfür eine sehr große ist.

Der Einfluß intermittierender Spirozidkuren auf frische Fälle mit sekundärer Lues erhellt aus nachfolgender Tabelle:

Tabelle II

	Unverändert positiv	Schwächer	Spur	Negativ
Nach 30 Tabletten	16	3	—	—
„ 60 „	3	9	6	1
„ 90 „	—	1	4	14
„ 120 „	—	1	2	16

Es zeigt sich also, daß es nach 4 Spirozidkuren also einer Behandlung von etwa $3^1/_2$ Monaten gelingt, bei der Mehrzahl sekundärer Luesfälle völlig negative Serumreaktionen zu erzielen. Es ist dies, wie ich glaube, ein recht beachtenswertes Resultat, das durchaus im Sinne einer kräftigen antiluetischen Wirkung des Präparats spricht. Es ist natürlich keineswegs gesagt, daß diese negativ gewordenen Fälle nun auch schon definitiv geheilt sind. Dagegen sprechen die bekannten Erfahrungen bei der Salvarsantherapie und die Tatsache, daß bisher einer unserer negativ gewordenen Patienten, der nach der 4. Kur 4 Monate wegblieb, nach dieser Zeit wieder schwach positive Reaktion zeigte.

Digitized by Google

Man wird eben, wie wir dies ja auch bei der bisherigen Luestherapie tun, auch mit den Spirozidkuren trotz negativ gewordener Serumreaktion noch eine ganze Zeit lang in immer größeren Intervallen fortfahren müssen, um ein definitives Resultat zu erzielen. Wie viele Tabletten hierzu nötig sind, ob 150, 180 oder noch mehr, also eine einjährige oder $1^1/_2$ jährige Behandlung, das wird man erst nach jahrelanger Beobachtung feststellen können.

M. H.! Ich möchte nicht mißverstanden werden. Ich empfehle keineswegs unsere bisherige bewährte Luesbehandlung durch Spirozidtherapie zu ersetzen. Es lag mir nur daran, in Übereinstimmung insbesondere mit Oppenheim, zu zeigen, daß wir im Spirozid ein perorales Mittel besitzen, daß allein imstande ist, nicht nur Spirochäten und Symptome der Frühperiode rasch zu beseitigen, sondern auch eine kräftige Wirkung auf die Serumreaktionen auszuüben. Es gibt eine ganze Reihe Luetiker, bei denen aus technischen und auch aus sozialen Gründen eine Injektionsbehandlung auf Schwierigkeiten stößt. Ich denke dabei nicht nur an Leute mit schlechten Venen, sondern z. B. an Geschäftsreisende, die sich ihre Injektionen bald hier bald dort holen sollen, dies dann entweder gar nicht oder in ganz unregelmäßigen Intervallen tun und so die kostbare Zeit der Frühbehandlung unglaublich verzetteln. Ich glaube, daß man sich nach den bisherigen Resultaten entschließen kann, solchen Personen reine Spirozidkuren zu empfehlen. Denn daß ein frischer Luetiker so indolent ist, auch eine Tablettenkur nicht gewissenhaft durchzuführen, von der er keine Störungen hat, die unauffällig ist und ihm nicht zuletzt sehr wenig kostet, das dürfte wohl sehr selten vorkommen. In den meisten Fällen wird man mit einer Befolgung der Vorschriften rechnen können und so würde sich nach Jahr und Tag ein größeres Material ansammeln, das zeigen wird, ob und wie oft Definitivheilung durch reine Spirozidbehandlung zu erzielen ist. Sehen wir dann nach Jahren, daß die perorale Spirozidtherapie zur Definitivheilung ausreicht, dann wird es erst an der Zeit sein, die Injektionstherapie zugunsten der bequemen und billligen stomachalen Behandlung einzuschränken.

Rezidiv nach jahrelanger Latenz bei Abortivbehandlung der Syphilis

Ein Beitrag zu den Aussichten der Abortivbehandlung

Von

Dozent Dr. Hugo Hecht in Prag

1. J. P., geboren 1879, infizierte sich im Jahre 1911. Der Primäraffekt saß an der linken Seite der Eichel als hellergroßer, krustig belegter, ganz flacher Substanzverlust. Im mikroskopischen Präparat konnten zahlreiche Spirochäten nachgewiesen werden. Die Leistendrüse links war etwas vergrößert. WR am 25. IX. 1911 negativ. Die Abortivbehandlung bestand aus zweimal 0,6 ccm Altsalvarsan, das intravenös gegeben wurde (23. IX., 11. XI.). Außerdem bekam er neunmal 0,05 ccm Kalomel intramuskulär. WR am 15. XI. 1911 negativ. 9. XII. symptomlos. 1912: 5. I. WR negativ,

Digitized by Google

1. III. WR negativ, 31. VII. negativ. September 1918 WR negativ. I. X. 1920 WR negativ. 3. IV. 1923 WR[1]) ++++, 28. VIII. WR ++++.
1924: 22. V. WR ++++, 1926: 30. IV. WR ++++.
Mitte März 1927 verschied der Betreffende plötzlich auf der Straße. Wie bei allen solchen Fällen fand die gerichtlich-medizinische Sektion statt, die als Todesursache Arteriosklerose feststellte. Für Vorhandensein von Syphilis oder Parasyphilis ergaben sich keine Anzeichen. Die Untersuchung der Lumbalflüssigkeit konnte leider nicht vorgenommen werden, da mir die Tatsache des plötzlichen Todes zu spät bekannt wurde und die Beerdigung schon vollzogen war.

2. G. T., geboren 1873, akquirierte im Jahre 1920 durch Schneiden beim Rasieren einen Primäraffekt am Kinn (rechte Hälfte), in dem Spirochäten nachgewiesen wurden. Die Drüsen an der unteren Kinnseite waren stark vergrößert. Die WR war negativ. Insgesamt wurden 2 Kuren gemacht, bei denen 6 Wochen Schmierkur und 6 intravenöse Neosalvarsan-Injektionen kombiniert wurden. Bis zum Jahre 1924 wurden dreimal jährlich bei der Nachkontrolle keine Luessymptome gefunden und die WR war stets negativ.

1925: 30. I. HR —, WR —.
23. V. HR —, WR —, MTR —.
1926: 12. VI. HR —, WR —, MTR —.
5. X. HR —, WR —, MTR —.

Gleichzeitig bestand im Nacken, an den Handflächen und im Gesicht ein Exanthem, das als Erythema exsudativum multiforme diagnostiziert wurde. Ebenso war auch die Mundschleimhaut mit Erosionen bedeckt, die in das Krankheitsbild paßten. Die Anamnese ergab, daß diese Hauterkrankung vor 4 Tagen zum erstenmal aufgetreten war; da die Augen gerötet waren, wurde der Kranke einem Facharzte überwiesen, der — ohne von der Diagnose der Hauterkrankung zu wissen — ebenfalls die Diagnose Erythema exsudativum multiforme stellte. Unter Salypyrindarreichung, Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd und Pinselungen der Erosionen an der Mundschleimhaut mit Perubalsam trat bis zum 14. X. Heilung ein. Am 10. III. 1927 kam der Patient, der ständig am Lande weilt, wiederum und hatte an der Unterlippe in der Nähe des rechten Mundwinkels mehrere kleine Erosionen, die wie ein Herpes labialis aussahen. Am 17. III. kam er wieder; es bot sich nun ein Krankheitsbild dar, wie es im Herbst des vorigen Jahres vorhanden war. Reichliche Erosionen an der Mundschleimhaut, die Stelle an der rechten Unterlippe, die eine Woche zuvor nur wenige Bläschen hatte, war nun eine halbhellergroße Erosion, am rechten Handrücken und am linken Auge waren wiederum Erythemflecke vorhanden, die die Diagnose eines Erythema exsudativum multiforme sowohl von dermatologischer Seite als auch von okulistischer Seite nahelegten. HR, WR und MTR negativ. Am 21. III. bekam der Patient, dessen Mundaffektion äußerst schmerzhaft war und ihn an jeglicher Nahrungsaufnahme hinderte, 8 ccm Eigenblut subkutan eingespritzt mit dem Erfolge, daß innerhalb einiger Tage alle Erosionen der Schleimhaut bis auf die erste an der Unterlippe beim rechten Mundwinkel und auch die Herde an der Haut und die Entzündung des linken Auges schwanden. Zur Behandlung der Erosionen an der Unterlippe wurde eine Lösung von Argentum nitricum verschrieben, und der Patient begab sich in seine Heimat. Am 20. IV. erschien er wieder, wobei sich folgendes Bild bot: an der Unterlippe befand sich in der Nähe des rechten Mundwinkels, also an der Stelle der ersten Erscheinungen, ein überhellergroßes Infiltrat, in dem aber bei wiederholter Untersuchung keine Spirochäten nachgewiesen werden konnten. Am Unterkieferwinkel waren zwei haselnußgroße, äußerst derbe, schmerzlose Drüsen vorhanden; am Stamm, insbesondere am Rücken und an der Brust, und an den Armen war ein reichliches, braunrotes Exanthem, aus linsengroßen Infiltraten bestehend, zu sehen. HR ++++, WR ++++, MTR ++++. Die sofort eingeleitete antiluetische Kur ergab nach 2 Neosilbersalvarsan-Injektionen Heilung des Infiltrates an der Unterlippe innerhalb 9 Tagen und auch das Exanthem war bis auf leichte Pigmentation verschwunden. Bis zum 23. VI. wurden insgesamt 10 Neosilbersalvarsan-Injektionen (insgesamt 2,2 g) gegeben. Am 30. VI. 1927 HR ++++, WR ++, MTR —.

---

[1]) Der Patient kam wegen Impotenz zur Ordination. Bei genauer Untersuchung zeigten sich keinerlei Anzeichen für Syphilis, insbesondere waren alle Reflexe normal. Die vorgeschlagene Lumbalpunktion wurde abgelehnt.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES

Die Betrachtung dieser beiden Fälle rollt eine ganze Reihe sehr interessanter Probleme der modernen Syphilistherapie auf. Zunächst muß festgestellt werden, daß bei Abortivfällen, die mit noch negativer Seroreaktion in Behandlung kommen, Rezidive selten nach Ablauf von 9 Monaten auftreten. Diese Erfahrung, die ich schon 1912 und 1918 nachdrücklichst betont habe, ist auch von anderer Seite (Zeißler) bestätigt worden. Es sind zwar reichlich Fälle von langer Latenz bei Syphilis beschrieben worden, die aber alle nicht abortiv behandelt wurden. Wenn nun hier 2 Fälle von Hunderten verhältnismäßig oft kontrollierten Fällen nach langer Latenzzeit teils serologische, teils auch klinische Rezidive zeigen, so fordert das bei der Beurteilung der Erfolge unserer Abortivbehandlung zu einer gewissen Vorsicht und Revision der bisherigen Anschauungen auf.

Im ersten Falle hat die Sektion die Ursache der positiven Seroreaktion geklärt. Es handelte sich um eine syphilitische Arteriosklerose, die direkte Todesursache war. Im zweiten Falle kann kein Zweifel vorliegen, daß das erstemal im Herbst, das zweitemal im Frühjahr typisches Erythema exsudativum multiforme bei einem bis dahin vollkommen symptomlos gebliebenen Luetiker auftrat. Für die Annahme einer Neuinfektion, die so wie die erste ebenfalls extragenital hätte zustande kommen müssen, liegt kein Anlaß vor. Es wäre auch eine Häufung von Zufällen, wenn ein und derselbe Mensch zweimal in seinem Leben sich extragenital fast an derselben Stelle infizierte. Viel näher liegt die Auffassung, daß es sich um ein Virulentwerden von Syphiliserregern handelte, die in irgend einer Form in der Umgebung des Primäraffektes im Gewebe lagen. Die Ursache dazu gab eine wochenlang bestehende Schleimhauterosion des Erythema exsudativum multiforme, die vielleicht auch noch durch die Tuschierung mit Silbernitrat an der Heilung behindert wurde. Von da aus erfolgte nach Art eines Primäraffektes eine zweite Aussaat von Spirochäten zunächst in die regionären Lymphdrüsen und dann durch den Blutkreislauf über den ganzen Körper. Es muß betont werden, daß das Aussehen des Exanthems absolut nicht an eine Roseola erinnerte, sondern einem Spätexanthem entsprach. Diesem Vorgange entspricht auch das Verhalten der Seroreaktion, die am 17. III. negativ und einen Monat später stark positiv war. Solange die syphilitischen Erscheinungen gering waren, war noch nicht genügend Reaktionsstoff vorhanden, um die jahrelang negativ gebliebene Seroreaktion positiv zu gestalten. Erst nach Auftreten des Exanthems wurden auch alle Seroreaktionen positiv. Die rasche Wirkung der antisyphilitischen Behandlung spricht in diesem Falle für die Richtigkeit der Diagnose. Daß im Herbst 1926 und im Frühjahr 1927 wirklich Erythema exsudativum multiforme bestand, zeigt die rasche Heilung nach Antipyretizis; wären schon diese Exantheme syphilitischer Natur gewesen, so wären sie wohl kaum in so kurzer Zeit verschwunden.

Bei Betrachtung dieser Fälle drängt sich nun unwillkürlich die Frage auf, in welcher Form die Erreger der Syphilis nach einer anscheinend gelungenen Abortivkur im Organismus bleiben, und wie lange der Betreffende der Möglichkeit eines Spätrezidivs ausgesetzt bleibt. Ferner wäre auf Grundlage eines größeren Materials die Frage zu erörtern, in welchem Prozentsatz abortiv behandelte Fälle Späterscheinungen der Syphilis, wie Arteriosklerose und dergleichen bekommen. Schließlich wäre im Zusammenhange mit diesen Fragen auch noch an der Hand größeren Materials abortiv behandelter Fälle die Frage anzugehen, ob metasyphilitische Erkrankungen auch bei diesen jahrelang symptomlos gebliebenen und anscheinend geheilten Abortivfällen vorkommen.

Nur zu letzterer Frage kann ich auf Grund meines mehrere 100 Fälle zählenden Materials über Abortivbehandlung der Syphilis Stellung nehmen. Die ältesten Fälle datieren vom Spätherbst 1910. Da ich bis zum Jahre 1920 regelmäßig von Zeit zu Zeit über das Befinden der Abortivfälle Erkundigungen einzog und sie zur Nachuntersuchung einlud, kam auch späterhin ein gewisser Teil dieser Patienten zu mir. Manche von diesen teilen mir schriftlich das Befinden mit, insbesondere das Befinden ihrer Familie. In keinem einzigen dieser Fälle ist mir bis jetzt eine metasyphilitische Erkrankung bekanntgeworden, obwohl bei den ältesten schon 16 Jahre nach der Behandlung verstrichen sind. Solange also nicht auf Grund eines exakten Materials das Gegenteil nachgewiesen wird, möchte ich annehmen, daß metaluetische Erkrankungen nach Abortivbehandlung jedenfalls zu den Ausnahmen gehören. Späterscheinungen liegen, wie die vorliegend besprochenen 2 Krankengeschichten darlegen, wenn auch sehr selten, aber immerhin im Bereiche der Möglichkeit.

Digitized by Google

Uvalysat in der Urologie

Von

Dr. E. SCHUBERT, Facharzt für Hautleiden in München

Die Wirkung der sogenannten Harnantiseptika beruht nach MEYER und GOTTLIEB auf der spaltenden Kraft des Nierenparenchyms, wobei man unter Harnantiseptika Stoffe versteht, die nach ihrer Applikation ganz oder teilweise erst in den Nieren durch chemische Spaltung wirksam werden.

Für die äußerst feine chemische Arbeit, die das Nierenparenchym zu leisten hat, ist es für die Wirksamkeit von großer Bedeutung, daß der eingeführte Stoff einmal alle wichtigen Bestandteile in reiner konzentrierter Form enthält und möglichst frei von sogenannten Ballaststoffen ist. Diese Aufgabe ist durch die Herstellung des „Uvalysat" von der Firma Joh. Bürger einwandfrei gelöst.

1 g Uvalysat Bürger enthält 1 g Fol. uvae ursi recent. mit 12% Alkohol. Im Gegensatz zu dem bekannten Dekokt des Bärentraubenblättertees zeichnet sich Uvalysat durch einen recht annehmbaren Geschmack aus, der völlig behoben werden kann, wenn man die Tropfen in Zuckerwasser geben läßt. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung ist die Haltbarkeit und Konstanz des stets gebrauchsfertigen Medikaments. Allen Ärzten wird bekannt sein, mit welchem Widerwillen viele Patienten das Dekokt der Droge nehmen und wieviel Fehler bei der Zubereitung, ja auch direktes Unvermögen für Ausführung der Vorschrift wegen fehlender Kochgelegenheit besteht.

All dies fällt durch Verwendung des praktischen Tropfenfläschchens mit Uvalysat fort.

Von der Wirksamkeit des Uvalysats ist der spezifisch reizmildernde und sekretionsbeschränkende Effekt hervorzuheben, ein Effekt, der, wie ich beobachten konnte, von anderen bekannten Diluentien, allein gegeben, nicht gleich gut erreicht werden konnte.

Die antiseptische Wirkung beruht auf der Spaltung des Glykosids Arbutin ($C_{12}H_{16}O_7 \frac{1}{2} H_2O$) im Nierenparenchym in Zucker und Hydrochinon ($C_6H_4(OH)_2$ 1:4), das bekanntlich als zweiwertiges Phenol (Karbolderivat) antiseptische und desinfizierende Eigenschaft besitzt, wodurch die Schleim- und Eiterbildung im zersetzten Harn verhindert und gehemmt wird. Die Blätter von Arbutus oder Arctostaphylos uvae ursi enthalten fernerhin noch Gerbsäure, die durch das Dialysierverfahren ebenfalls ungeschwächt in das Dialysat aufgenommen wird. Durch die enthaltende Gerbsäure erklärt sich die gut adstringierende und reizmildernde Wirkung des Uvalysats.

Seit zwei Jahren benutze ich das Uvalysat mit bestem Erfolg bei Urethritis und Zystitis. Besonders günstige Erfahrung habe ich bei Gonorrhoe gesehen. Ich möchte das Uvalysat als internes Adjuvans bei allen Urethritiden nicht mehr missen. Die Dosierung ist mit 3×30—40 Tropfen täglich ausreichend.

Zusammenfassend bezüglich meiner Erfahrung ist zu sagen:

Uvalysat bedeutet eine vereinfachte, haltbare und stets gebrauchsfertige Darreichungsform der bekannten Fol. uvae ursi.

Der diuretische, reizmildernde und adstringierende Effekt bei allen Entzündungen der Harnwege ist besser und schneller als bei anderen bekannten Diluentien.

Als Adjuvans bei Gonorrhoe ist die sekretionsbeschränkende Wirkung des Uvalysats besonders zu unterstreichen. Im Gegensatz zu dem Dekokt aus Fol. uvae ursi wird Uvalysat von den Patienten gern genommen.

Digitized by Google

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 14. Juni 1927

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Wilhelm Richter: **Knochen- und Gelenkerkrankungen in der Dermatologie unter Berücksichtigung der Differentialdiagnosen.** (Vortrag.)

An Hand von zahlreichen Diapositiven gab Richter einen Überblick über die Haut- und Gelenkerkrankungen. Daß die klinischen Symptome keinesfalls vernachlässigt werden dürfen, da das Röntgenbild nicht immer völlig eindeutig ist, wird hervorgehoben.

Bei den akuten Gelenkerkrankungen wird vor allem bei der gonorrh. Arthritis der Frauen, und in den Fällen unspezifischer Arthritiden (Axhausen), das Röntgenbild Klärung der Diagnose bringen.

Röntgenologisch zeigt sich Verschmälerung und Verschleierung des Gelenkspalts (Usurierung des Knorpels), später dann Erweichungsherde an den dem Gelenk angrenzenden Knochenteilen. Auch Periostitis der angrenzenden Knochenteile wurde beobachtet. Der Ausgang der Erkrankung kann bei phlegmonösen Formen zur völligen Ankylosierung des Gelenks führen.

Die von Axhausen als unspezifisch bezeichneten Gelenkerkrankungen zeigen röntgenologisch keine Veränderung, der Prozeß scheint paraartikulär zu sein (Arthritis metastatica septica?).

Bei den tuberkulösen Gelenkerkrankungen findet man neben fungösen Prozessen (spindelförmige Verdichtungen in den Weichteilen der Umgebung) in dem epiphyseren Teil des Knochens atrophische Herde, während das Gelenk zunächst im Gegensatz zur Arthritis gonorrhoica freibleibt.

Die Arthritis luica der Sekundärperiode zeigt als auffälliges Symptom Verengerung des Gelenkspalts.

Hieraus ergibt sich, daß der Röntgenbefund nur unter Hinzuziehung der sonst zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden, vor allem aber des Gelenkpunktates für die Diagnose verwertet werden kann.

Von den chronischen Gelenkerkrankungen zeigt die Arthritis deformans im Gegensatz zur Arthritis luica ausgedehnte Osteophytenbildung, d. h. Knochenwucherungsprozesse, die vor allem von den Epikondylen ausgehen (Lieblingslokalisation an den Phalangen). Schädigung des Gewebstonus, Verschiebung der Knochenachsen gegeneinander (Wackelknie).

In diese Krankheitsgruppe sind dann im allgemeinen die mit Psoriasis vergesellschafteten Gelenkerkrankungen einzureihen. Differentialdiagnose gegenüber Arthritis urica veränderte Durchlässigkeit für Röntgenstrahlen.

Demonstration einer interessanten Beobachtung von Gelenkerkrankung bei Psoriasis. Erweichungsprozesse der angrenzenden Knochenteile des Endphalangealgelenks des Zeigefingers, um Aussparungsprozesse an den Eypkondylen der Grund-, Mittel- und Endphalanx, röntgenologisch das Bild der Arthritis urica.

Die tabischen Gelenkaffektionen sind röntgenologisch charakterisiert durch Erweichungsherde und Knochenbildungsprozesse, die auch von der Kapsel ausgehen können (Wackelknie, Spontanfraktur).

Unter dem klinischen Bild einer Mal perforans zeigt R. röntgenologisch das typische Bild tabischer Gelenkveränderungen.

Demonstration eines Falles von tabischen Veränderungen der Wirbelsäule, trotz wiederholter Versuche war die Lumbalpunktion nicht gelungen.

Differentialdiagnostisch demonstriert R. Bilder von Knochenzysten.

Ostitis fibrosa, röntgenologisch neben einer Auftreibung des Knochens, schwammige Auflösung.

Osteomyelitis charakteristisch, vor allem Fistelbildung, röntgenologisch im Knochenmark Erweichungsherde, Sequestrierung, und als besonders auffallend vom Periost ausgehend Knochenneubildungsprozesse (Totenlade).

Die verschiedensten Erreger können osteomyelitische Erkrankungen hervorrufen (Staphylokokken, Streptokokken, Sporotricheen, Blastomyzeten, selbst Gonokokken).

Digitized by Google

Osteomeylitis und Osteomeylitis luica können sich klinisch wie röntgenologisch völlig gleichen, so daß die Klärung der Diagnose erst unter Zuhilfenahme spezifischer Untersuchungen, eventuell nur ex juvantibus erfolgen kann. Die mehr diffuse Periostitis der Frühperiode, die sich röntgenologisch in Form von unregelmäßigen Knochenauflagerungen darstellt, ist differentialdiagnostisch gegenüber den Periostitiden im Anschluß an chronische Hauterkrankungen (Ulcera cruris, Erythema induratum Bazin usw.) zur Sicherung der Diagnose nicht eindeutig genug.

Zum Schluß zeigt R. einen Fall von ossifizierendem Sarkom, das vom Periost ausgeht, röntgenologisch sich von der Periostitis luica unterscheidet durch die scharfe Abgrenzung gegenüber den angrenzenden nicht befallenen Knochenteilen und die radiäre Anordnung innerhalb des Krankheitsherdes.

Diskussion:

Buschke wundert sich, daß nach Richter in der chirurgischen Klinik soviel Ankylosen zur Beobachtung als Heilergebnis der Blennorrhoe kommen. Es ist immerhin möglich, daß der Unterschied zwischen ambulanter und Krankenhausbehandlung hier doch viel ausmacht. Die Go.-Arthritis ist oligo-artikulär nicht monoartikulär, wie Richter sie noch geschildert hat.

Die Behandlung ist rein konservativ. Gelenkpunktionen werden so gut wie nie vorkommen.

Bei der Lues kommen auch ab und zu in den Frühstadien Arthritiden mit Erguß vor, die sich aber auf die Therapie schnell zurückbilden.

Bei den psoriatischen Gelenkerkrankungen handelt es sich wohl um Störungen im Kalkstoffwechsel der Knochen, vielleicht auf endokriner Grundlage, wie möglicherweise die Psoriasis selbst.

Heller weist darauf hin, daß der Vortragende die Gelenkveränderungen bei kongenitaler Lues, die von außerordentlicher Bedeutung seien, nicht erwähnt habe. An Hand eines Röntgenogrammes berichtet er über einen einschlägigen Fall.

Edmund Saalfeld wünscht Näheres über die Methodik der Quaddelbehandlung zu hören.

Kleeberg warnt, sich bei der Diagnose nur auf das Röntgenbild zu verlassen. Erst kürzlich bekam er von einem anerkannten Chirurgen einen alten Luetiker zur Behandlung — WR und MR waren negativ — bei dem auf Grund des absolut typischen Röntgenbildes die Diagnose Periostitis luetica des rechten Humerus gestellt war, Salvarsan, Wismut, Jodkali blieben ohne Erfolg. Aus der anscheinend typischen Periostitis entwickelte sich ein schnellwachsendes Sarkom, das trotz energischer Röntgentiefentherapie zum Exitus führte.

Richter (Schlußwort): Auch er habe das oligo-artikuläre Auftreten der blennorrhoischen Arthritis beobachtet, doch komme es auf das Erkrankungsstadium an, in dem man den Patienten sähe. Bezüglich der Behandlung erwähnt er, daß er neben der üblichen Therapie gute Resultate mit Bierscher Stauung, Umspritzung des Gelenks mit Rivanollösung 1 : 1000 nach vorheriger Eukainisierung, Injektion von intrakutanen Eigenblutquaddeln um das Gelenk, Diathermie usw. gesehen habe. Gelenkpunktion lehnt er ebenfalls ab.

Neuerdings hat R. mit guten Resultaten intrakutane Quaddeln mit Eigenblut, etwa 8 an der Zahl, in der Umgebung des Gelenks angelegt mit dem Ergebnis, daß die subjektiven Beschwerden der Patienten fast schlagartig nachließen, und daß auch im übrigen die Heilungserfolge recht günstige wären. Die Behandlung wurde jeden 3. Tag durchgeführt, im ganzen 6 mal.

Zum Schluß betont Richter, auf keinen Eall dürfe das Röntgenbild neben der klinischen Untersuchung überschätzt werden; es darf keineswegs die eingehende klinische Untersuchung ersetzen, sondern nur unterstützen.

Hans Haustein: **Der Rückgang der Geschlechtskrankheiten in historischer und kritisch-statistischer Beleuchtung.** (Vortrag.)

Der Vortragende zeigte, daß die Auffassung v. Dürings als unwahrscheinlich abgelehnt werden müsse. Vor allem weil das Überstehen einer Lues oder Blennorrhoe keine Immunität bedingt. Herxheimers Diskussionsbemerkung stützt sich nur auf Krankenhausmaterial, das kraft seiner Eigenart nicht als repäsentativ für die Zu- und Abnahme der Geschlechtskrankheiten einer Gesamtbevölkerung nicht verwendet werden darf. Fingers regelmäßige Periodizität der Geschlechtskrankheitenkurve entspricht nicht der Wirklichkeit. Auch das von ihm herangezogene Pariser Beispiel kann nicht im Sinne einer rein epidemiologisch begründeten Schwankung verwendet werden, da hier

Digitized by Google

die Wiederzunahme der Syphilis zu einem großen Teil die Folge einer zu weit gehenden Anwendung des Wismuts und einer zu geringen Verwendung des Salvarsans ist. Gumperts Auffassung, daß die Veränderungen der Ulcus-molle-Kurve durch epidemiologische Faktoren zu erklären seien, wurde vom Ref. geteilt, jedoch nicht sein Standpunkt in der Frage der Blennorrhoe- und Luesepidemiologie. Ein Vergleich des Kurvenverlaufs bei Blennorrhoe und Syphilis mit dem bei der Diphtherie zeigte, daß gleichermaßen bei allen 3 Krankheiten jahreszeitliche und säkulare Schwankungen bestehen. Die jahreszeitliche Schwankung der Geschlechtskrankheiten ist jedoch nur insofern tellurisch bedingt als die warme Saison Verkehrshindernisse (Hotelkosten usw.) aus dem Wege räumt. Außerdem wirken Feste erhöhend auf die Infektionsmöglichkeiten, ebenso wie Fasching, Wochenende, Sonntage, die besonders günstige ökonomische Grundlagen bieten.

Der Ablauf der säkularen Kurve der Blennorrhoe und Syphilis hängt nicht, wie bei der Diphtherie mit einer zeitlich verschiedenen durchschnittlichen persönlichen Empfänglichkeit zusammen. Ihre Epidemiologie beruht also nicht, wie die der akuten Infektionskrankheiten, in hervorragendem Maße auf der Durchseuchungsimmunität, vielmehr verbreiten die nicht ausgeheilten und nicht von neuem sich infizierenden Syphilitiker während der ganzen Frühperiode ihre Krankheit und das gleiche gilt für die unbehandelten oder nicht ausgeheilten Blennorrhoiker. Maßgeblich müssen deshalb bei den Geschlechtskrankheiten gerade die chronischen Fälle den Gang der Infektionskurve beeinflussen. Es kommt hinzu, daß die venerischen Infektionen nur durch den innigen Kontakt eines Keimträgers mit einem Gesunden zustande kommen. Diese Bedingung unterscheidet Blennorrhoen und Lues ebenfalls prinzipiell von anderen Infektionskrankheiten, bei denen auf dem Wege der gewöhnlichen Lebensbedingungen die Ansteckungskeime aufgenommen werden.

Statistisch einwandfrei läßt sich nun am norwegischen Material erweisen, daß das Ausmaß, in dem sich die Bevölkerung der Infektionsgefahr aussetzt, wesentlich mit sozialökonomischen Bedingungen zusammenhängt.

Die Betrachtung der norwegischen Kurven der Luesmorbidität und der Blennorrhoemorbidität der Männer zeigt, daß ihre Maxima und Minima auffallend genau mit wirtschaftlichen Hochkonjunktur- und Krisenjahren übereinstimmen.

Denselben Kurvenverlauf wie die Geschlechtskrankheiten weisen nun auch die Statistiken der Verbrechen und Vergehen, insbesondere die Kurve der wegen Trunkenheit Sistierten und die der Höhe des Alkoholverbrauchs auf.

Diese Übereinstimmung der statistischen Beweisreihen läßt keinen Zweifel mehr zu an dem engen Zusammenhang zwischen Wirtschaftsstand und Höhe der venerischen Morbidität. Dieser Zusammenhang besteht in dem Sinne, daß wirtschaftliche Hochkonjunkturzeiten auch Infektionshochkonjunktur mit sich bringen und daß in Krisenjahren ein Morbiditätsminimum beobachtet wird.

Diese Übereinstimmung gilt jedenfalls bis zur Zeit vor dem Weltkriege, also für die Zeit, in der die Salvarsantherapie noch nicht die überragende Rolle inne hatte wie heute; sie trifft dabei vor allen Dingen für die Gestaltung der Syphilis- wie die der Blennorrhoemorbidität zu, wenigstens dort, wo es sich um die Morbiditätsziffern einer Gesamtbevölkerung handelt.

(Gegenteilige Ansichten, begründet auf der Zugangszifferstatistik einzelner Armeen sind nicht stichhaltig, denn die Armee wie die Marine stehen unter Sonderbedingungen und diese beeinflussen ganz hervorragend den Ablauf ihrer Zugangsziffern.)

Trotz der wirtschaftlichen Erholung, die sich jetzt in Skandinavien bereits bemerkbar macht, hat die Syphilisinfektionsziffer nicht zugenommen. Die nachgewiesene statistische Regel der Abhängigkeit der Infektionsziffer von der jeweiligen ökonomischen Lage stimmt also für die Syphilis nur für die Zeit, in der nach unserer heutigen Auffassung die Lues nicht energisch genug behandelt wurde. Besonders bei einem Vergleich der Gestaltungsbedingungen der Blennorrhoe- mit denen der Syphiliskurve ist ersichtlich, daß die Theorie des Zusammenhanges zwischen Salvarsanbehandlung und dem starken Rückgang der Syphilisinfektionen nach dem Kriege mehr als nur Wahrscheinlichkeitswert hat. Denn in Kopenhagen sehen wir einen bedeutend stärkeren Abfall der Syphilis- als der Blennorrhoemorbidität. In Oslo finden wir sogar eine steigende Zunahme der Erkrankungshäufigkeit an Blennorrhoe im Gegensatz zur fallenden Tendenz bei der Syphilis. In Helsingfors ist das gleiche festzustellen. In Stockholm beträgt die Abnahme der Syphilismorbidität vom Jahre 1913/14 bis 1925 (unter Vernachlässigung der Maximalziffern im Jahre 1919) $86 \pm 2\%$; die Abnahme der

Digitized by Google

Blennorrhoe dagegen nur $34 \pm 1\%$. Der Faktor für den viel stärkeren Abfall der Syphilis kann nur die Salvarsantherapie sein, denn gerade in den Ländern, in denen die Luesmorbidität bisher in dauernder Abnahme begriffen ist, wird die Salvarsantherapie mit aller Energie durchgeführt und das Ansteigen der Lueshäufigkeit in Frankreich wird ja auch von Jeanselme in Zusammenhang gebracht von der Zurückdrängung des Salvarsans durch das Wismut.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Nr. 5, Sitzung vom 12. Mai 1927

A. Sézary und A. Barbé: **A propos du procès-verbal. Paralysie générale et paludisme** (Zum Protokoll. Progressive Paralyse und Malaria). S. 316. Auf Grund verschiedener Fälle, in denen Syphiliskranke, die eine Malaria durchgemacht hatten, trotzdem an Paralyse erkrankten, muß an der Ansicht festgehalten werden, daß die Malaria keinen Schutz gegen die Erkrankung des Nervensystems gewährt. Die hypothetische Grundlage der Malariatherapie der progressiven Paralyse ist eine irrtümliche, es besteht kein Antagonismus zwischen Spirochäten und Malariaplasmodien. Das Ausbleiben der Paralyse bei an Syphilis erkrankten Eingeborenen in Malariagegenden muß andere Ursachen haben, und es kann auch nicht berechtigt erscheinen, Syphilitiker mit Malariaimpfungen zu behandeln, um sie vor dem Eintritte von Komplikationen des Nervensystems zu schützen.

Zimmern, Gougerot, L. Huet und F. L. Merklen: **Erythromélie de Pick avec leucokératose lichénienne linguale et jugale** (Picksche Erythromelie mit lichenartigen Leukoplakien an der Zunge und der Wangenschleimhaut). S. 318. Der mit allgemeinen rheumatischen Erscheinungen einsetzende Fall zeigt zunächst einen asymmetrischen Verlauf und betrifft mehr die Gelenke als die Extremitäten. Die fortschreitende Entwicklung der Erkrankung ist gut zu verfolgen: erstes erythematös-makulöses, zweites erythematös-schuppendes, drittes Stadium mit schnell auf den noch schuppenden Effloreszenzen auftretender Atrophie, viertes mit ausschließlicher Atrophie und zyanotischem Erythem. Außerdem finden sich noch an der Zunge und der Innenfläche der Wangen punkt- und flächenförmige Effloreszenzen wie bei Lichen planus. Wahrscheinlich sind auch sie durch die unbekannte Ursache der Pick-Herxheimerschen Krankheit hervorgerufen. Über doch etwa vorhandene Beziehungen zum Lichen soll der Erfolg einer Arsenbehandlung Auskunft geben.

Gougerot und F. P. Merklen: **Prurigo circiné et rubané** (Zirzinäre und abgeflachte Form der Prurigo). S. 320. Vorstellung eines Falles, in dem die zunächst wie gewöhnlich konischen Prurigopapeln sich allmählich vergrößerten, abflachten, im Zentrum ohne Schuppen einsanken und so Ringe bildeten, die zum Teil zu polyzyklischen Bildungen verschmolzen. Im Zentrum der eingesunkenen Effloreszenzen können neue Papeln auftreten. Die einzelnen Elemente haben eine Lebensdauer von 15—30 Tagen, nach der sie mit einer scheibenförmigen Pigmentierung schwinden, die noch einige Wochen bestehen bleibt; inzwischen treten immer wieder neue Papeln auf.

Gougerot, Peyre, Moutet und Bourdillon: **Urticaire par le froid** (Urtikaria durch Kälte). S. 321. Vorstellung eines Kranken mit starken Chokerscheinungen im Blute charakterisiert durch Sinken der Leukozyten von 9000 auf 1000 mit Überkompensierung der roten Blutkörperchen (Abwehrreaktion) vor und verminderter Widerstandsfähigkeit nach der Kälteeinwirkung während des Choks. Hämolysierende Kraft des Serums 7mal so stark wie normal. Der Kranke hat kongenitale Syphilis.

Louste, Juster und David: **Sclérodermie en plaque très améliorée par un traitement combiné de rayons ultra-violets et d'ionisation iodurée** (Bedeutende Besserung einer Sklerodermie en plaque durch kombinierte Behandlung mit ultravioletten

Digitized by Google

Strahlen und Jod-Ionisierung). S. 322. Die vorher ohne Behandlung bis auf fast Handflächengröße angewachsene Plaque besserte sich wesentlich durch Verminderung der Induration und Schwinden der abnormen Färbung nach 11 Quarzlampenbestrahlungen und 11 Jodkali-Ionisationen.

P. Ravaut: **Essais d'auto-dermo-thérapie, par l'électrocoagulation. Présentation de deux malades atteints de psoriasis traités par cette méthode** (Versuche mit einer Auto-dermo-Therapie durch Elektrokoagulation). S. 323. Bei verschiedenen Dermatosen (Warzen, Lepraknoten, Naevo-Karzinom) ist die Beobachtung gemacht worden, daß nach örtlicher Zerstörung einzelner Effloreszenzen durch Kohlensäureschnee, Elektrolyse, Elektrokoagulation auch andere nicht behandelte Effloreszenzen schwanden. Dies gelang nunmehr auch bei 2 Fällen von Psoriasis durch Elektrokoagulation einiger Plaques, während das Verfahren in einem anderen Falle versagte. Vermutungsweise kann man annehmen, daß es sich dabei um eine zytolytische oder auch bakteriolytische Wirkung handelt. Eine weitere Bestätigung dieser Beobachtungen würde eine ganz besondere Funktion der Haut aufdecken, und es ließen sich dadurch auch vielleicht Allgemeinwirkungen auslösen.

Milian und Delarue: **Un bacille de la gangrène cutanée** (Ein Bazillus der Hautgangrän). S. 328. Mit der Reinkultur eines von Gangrän bei Duhringscher Krankheit isolierten Bazillus konnte bei einem Kaninchen eine große Plaque von Hautgangrän erzeugt werden. Im Blute des Kaninchen konnte der Bazillus wiedergefunden werden. Es wird vorgeschlagen, ihm den Namen Pasteurella gangraenae cutis zu geben.

Louste, Robert-Cahen und P. Vanbockstael: **Adénopathie tuberculeuse sous-mentale. Tuberculose cutanée ulcéro-végétante secondaire** (Tuberkulöse Submentaldrüsen-Tuberkulose. Sekundäre ulzerös-wuchernde Hauttuberkulose). S. 329. Die Erscheinungen an der Haut haben sich an die darunter liegende fistelnde Drüsentuberkulose angeschlossen, die eine große Neigung hat, sich auf der Haut auszubreiten. Sabouraud glaubt, daß es sich bei der Hautaffektion um eine Botryomykose handelt.

Louste, Robert-Cahen und P. Vanbockstael: **Accidents locaux graves, à tendance sphacélique, provoqués par une injection intramusculaire d'un sel insoluble de bismuth** (Schwere örtliche Schädigungen mit Neigung zu Gangrän infolge einer intramuskulären Einspritzung eines unlöslichen Wismutsalzes). S. 330. Unmittelbar nach der Einspritzung Schmerzen und Hautverfärbung, wahrscheinlich infolge eines Hämatoms. Die darauf folgenden sekundären Veränderungen hingen von Gefäßstörungen mit partieller Ischämie ab.

Louste, Robert-Cahen und P. Vanbockstael: **Ulcérations phagédéniques de la verge. Discussion diagnostique et pathogénique** (Phagedänische Geschwüre am Glied. Diagnostische und pathogenetische Auseinandersetzungen). S. 332. Seit 6 Monaten bestehende Ulzerationen am Glied, die zu weitgehenden Zerstörungen führten, stellenweise vernarbten, im ganzen schmerzlos sind. In den Leisten Narben von einer 2 Jahre zuvor eiternden und Fisteln bildenden Affektion. Der Fortfall des Leistendrüsenschutzes kommt für die Ausbreitung der Geschwüre in Betracht, deren Diagnose nach dem klinischen und bakteriologischen Befunde (keine Spirochäten, keine sonstigen Zeichen von Syphilis, keine Streptobazillen, keiner der gewöhnlich bei Sekundäraffektionen gefundene Keime) nicht sichergestellt werden konnte. Autoinokulation ergab nach 24 Stunden ein Geschwür vom Charakter eines weichen Schankers.

Lortat-Jacob und Legrain: **Antipyrinides symétriques chez un malade atteint d'hyperidrose** (Symmetrische Antipyrinausschläge bei einem Kranken mit Hyperidrosis). S. 336. Der Ausschlag ist 48 Stunden nach Einreiben einer Antipyrinsalbe an Händen und Füßen aufgetreten und zeigt das für Antipyrin charakteristische erythematös-pigmentierte Aussehen. Er ist an den besonders von der Hyperidrosis betroffenen Hautstellen, Handflächen, Fußsohlen, verschiedenen Beugen des Körpers und Hautfalten symmetrisch aufgetreten durch Absorption des Antipyrins von der Haut und Ausscheidung mit dem Schweiß.

E. Juster: **Recherches sur l'étiologie et le traitement de l'érythrose pigmentaire faciale (érythrose pigmentaire péri-buccale de Brocq)** (Untersuchungen über Ätiologie und Behandlung des Pigment-Erythems des Gesichtes). Die zuerst von Brocq beschriebene Affektion ist ausgezeichnet durch eine symmetrische café au lait-Färbung der Haut am Kinn, um den Mund herum und an den Nasolabialfalten. Sie findet sich fast ausschließlich bei Frauen und scheint (was jedoch in der Besprechung von Brocq bestritten wird) mit einem seborrhoischen Zustand der Haut, andererseits mit Darm-, Ovarien-, Gebärmutterstörungen zusammenzuhängen. Zur Behandlung werden

Digitized by Google

Waschungen mit Teerseife, darauf folgende Einreibungen mit Zinksulfat- bzw. Zinksulfat- + Kupfersulfatspiritus 0,1—0,5 : 200,0 oder 1%iger Salbe von Hydrarg. praecip. flav., darauf einpudern mit Puder mit 1—2%igem Kupfersulfat und Zink empfohlen. Die Behandlung der Störungen der inneren Organe darf nicht vernachlässigt werden (ultraviolette Strahlen, Hochfrequenz).

Chatellier: **Tumeur de la face (coupes histologiques)** (Gesichtsgeschwulst [histologische Schnitte]). S. 340. Präparate von einem Falle, über dessen klinische Entwicklung nichts bekannt ist. Es besteht eine Eigentümlichkeit insofern, als sich Russelsche Körperchen finden, die nicht von Plasmozyten, sondern von Sarkomzellen abstammen; man sieht alle Übergänge bis zum polymorphen Sarkom.

Chatellier und Rigaud: **Lupus condylomateux de la langue** (Lupus der Zunge). S. 341. Die Zunge ist in ihrem hinteren Abschnitte ergriffen, die Affektion erstreckt sich bis zur Basis der Epiglottis und stellt einen kondylomatösen syphilisähnlichen Tumor dar. WR negativ, spezifische Behandlung ohne Einfluß, histologischer Befund zeigt tuberkulösen Bau. Der Larynx ist gleichfalls ergriffen.

P. Vigne und A. W. Lauzun: **Actinomycose secondaire de la paroi abdominale** (Sekundäre Aktinomykose der Bauchwand). S. 343. Die von einer Geschwulst an Zökum und Appendix ausgehende Erkrankung der Bauchwand hatte zu einer ausgedehnten, von Abszessen und Fisteln durchsetzten Masse geführt. Guter Erfolg einer Behandlung mit intravenösen Einspritzungen von Lugolscher Lösung.

P. Gastou und P. Lemay: **Méthode simple de recherche de la syphilis basée sur le pouvoir réductasique des sérums** (Eine einfache Methode des Syphilisnachweises auf Grund der reduzierenden Wirkung des Serums). S. 346. In einem aus Blutserum, physiologischem Serum, Kochenille zusammengesetzten System findet nach Zusatz von Ferrizyankalium Oxydierung (Entfärbung) statt, der infolge der reduzierenden Fähigkeit des Serums nach verschieden langer Zeit, gewöhnlich 24 Stunden und mehr Wiederauftreten der Rotfärbung folgt. Der Zusatz eines leicht oxydierbaren, also reduzierenden Körpers wie Anilin gestattet den Wert der Reduktionskraft verschiedener Serien genau zu messen, wobei sich herausstellte, daß er bei den syphilitischen wesentlich größer ist, indem hier die Wiederfärbung bereits in der ersten Stunde auftritt, während dazu bei nicht syphilitischen Seren 4—5—6 und mehr Stunden gehören. Hämolytische Seren sind für die Untersuchung nicht geeignet. Die Reaktion tritt in allen Stadien der Syphilis ein, ihre Resultate stimmen mit denen anderer Methoden überein. Sie ist kein Ersatz für WR, kann jedoch zur Ergänzung dienen und zu ihrer Anstellung anregen.

H. Jausion und A. Pecker: **Pyrocatéchine intraveineuse et désensibilisation à la lumière** (Intravenöse Brenzkatechineinspritzungen und Desensibilisierung gegen Lichteinwirkung). S. 350. Die durch verschiedene Substanzen, besonders Trypaflavin bewirkte Lichtsensibilisierung kann durch innerliche prophylaktische Darreichung von Resorzin aufgehoben werden, daß jedoch unter Umständen vom Magen schlecht vertragen wird und selbst Hautausschläge hervorrufen kann. Es ist ihm zu dem genannten Zwecke das Brenzkatechin überlegen, das besser vertragen wird und dessen Löslichkeit eine intravenöse Einspritzung in Kombination mit Trypaflavin gestattet.

Jeanselme, P. Lefèvre und Willemin: **Forme anormale de tuberculose de la bouche** (Abnorme Form der Tuberkulose im Munde). S. 353. Es handelte sich um eine außerordentlich harte, kaum ulzerierte und kaum schmerzhafte Infiltration der Wangenschleimhaut, die infolge dieser Eigenschaften nicht dem gewöhnlichen Bilde der Tuberkulose entsprach; doch gab histologische und bakteriologische Untersuchung den sicheren Beweis für eine solche.

Gouin und Bienvenu: **Lichen plan et radiothérapie superficielle (nouveaux faits)** (Lichen planus und oberflächliche Röntgenbehandlung [neue Tatsachen]). S. 356. Weitere gute Erfolge bei Lichen planus der Haut und Schleimhaut mit ungefilterten oder in rebellischen Fällen leicht gefilterten Röntgenbestrahlungen des Rückenmarkes.

Gouin und Bienvenu: **Transformation de certaines réactions cutanées en lichen plan avec ou sans traitement radiothérapique. Lichen plan buccal avec éruption cutanée (réaction cutanée), à occultation, avec ou sans traitement radiothérapique** (Umwandlung gewisser Hauterscheinungen in Lichen planus mit oder ohne Röntgenbehandlung. Lichen planus im Munde mit latenten, mit oder ohne Röntgenbehandlung hervortretenden Hauterscheinungen). S. 361. 1. Pat. mit ausgebreiteter psoriasiformer Parakeratose, die auf diätetische Behandlung sich besserte; 2—3 Monate später ausgebreiteter Lichen planus, der auf oberflächliche Röntgenbehandlung des

Digitized by Google

Sympathikus heilte. 2. Alter Syphilitiker mit intensiv juckendem makulo-papulösem, konfluierendem Exanthem (Erythema multiforme acutum), das sich innerhalb 5 Tagen nach oberflächlicher Röntgenbehandlung des Sympathikus in einen Lichen planus umwandelte. Wegen positiver WR Salvarsanbehandlung, nach der die Papeln schwinden, doch bestehen noch längere Zeit starke Pigmentierungen. 3. Bei einer Kranken mit Lichen planus der Mundschleimhaut traten mehrmals in Pausen von 5 Tagen ephemere pruriginös-urtikarielle Effloreszenzen am Körper auf. Dasselbe zeigt sich nach einer oberflächlichen Sympathikusbestrahlung.

G. Hufschmidt: **Guérison de trois cas de lichen plan par le tréparsol** (Heilung von 3 Lichen planus-Fällen mit Treparsol). S. 365. Die Fälle heilten bei innerlicher Darreichung von Treparsol innerhalb 5—8 Wochen, ähnlich wie von anderer Seite bei Azetylarsanbehandlung beobachtet. Der Einfluß der pentavalenten Arsenpräparate auf den Lichen planus ist also unbestreitbar, doch soll nach Möglichkeit die Rückenmarks-Röntgenbestrahlung zur Anwendung kommen.

J. Schaumann und K. Hedén: **Sur la réaction de Bordet-Wassermann dans le lupus érythémateux pratiquée au moyen de sérum à fortes doses** (Über die Wassermann-Reaktion beim Lupus erythematosus bei Anwendung großer Serummengen), S. 366. Bei der Untersuchung von 44 Lupus erythematosus-Fällen waren bei 0,2 ccm Serum alle negativ, bei 0,4 ccm 29,5% und bei 0,6 ccm 38,6% positiv. Bei 50 Fällen anderer Dermatosen (tuberkulöses Zungengeschwür, Lupus vulgaris, Tuberculosis verrucosa, papulo-nekrotisches Tuberkulid, Erythema induratum, Acnitis, Atrophodermia erythematosa, Psoriasis) traten nur ganz vereinzelt positive Reaktionen auf. Die mit den großen Serummengen beim Lupus erythematosus erzielten positiven Resultate waren meist partielle; wurden die Fälle mehrfach untersucht, so war nur in einigen die Reaktion regelmäßig positiv, in den meisten war sie labil, indem zwischen positiven Reaktionen negative auftraten. Eine noch größere Zahl positiver Reaktionen mit großen Serummengen konnte bei Fällen von latenter, bei 0,2 ccm Serum negativer Syphilis erzielt werden. Es läßt sich noch nicht sagen, ob dieser im allgemein partiell positive WR beim Lupus erythematosus bezüglich seines Ursprunges der wirklich spezifischen Reaktion, die bei dieser Krankheit verhältnismäßig häufig gefunden wird, gleichgestellt werden darf, oder ob er nichtspezifischer Natur ist. E. Levin-Berlin.

Bücherbesprechungen

Taschenbuch der praktischen Untersuchungsmethoden der Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten, von V. Kafka. (3. Aufl. Verlag Julius Springer, Berlin 1927.) Es ist bewunderungswürdig, welche Fülle von tatsächlichem Wissensstoff, Problemstellungen, Ausblicken in dem 108 Seiten starkem Heftchen zusammengetragen worden ist. Nur ein Fachmann von der Kritik und Bedeutung Kafkas bringt es fertig, dem Serologen das eigene Arbeitsgebiet in einer Kürze und Exaktheit zu entwickeln, welche dem Venerologen und Dermatologen das eine gewiß beweisen, daß sie gut daran tun, alles Praktische nach Kräften dem Fachmann zu überlassen und sich zu beschränken auf die Entnahme der Flüssigkeiten und die Deutung der Befunde im Rahmen ihrer klinischen Erfahrung. In dieser Auflage sind neu hinzugekommen: Plasmagewinnung und Prüfung, Zisternenpunktion, Hämogramm, Sedimentator, Bestimmung des Wasserstoffexponenten (p_H) im Liquor, Bestimmung des Eiweißquotienten im Liquor, Bestimmung des Zuckers und der Chloride, der Substratreaktion nach Lüttge und von Mertz, die Paraffinreaktion nach Kafka, die Trübungsreaktionen, die Blutgruppenbestimmung. Der 3. Teil: Praktische Bedeutung der Methoden und Untersuchungsplan hat eine durchgreifende Änderung erfahren. E. Delbanco-Hamburg.

Die Malariabehandlung der Frühlues, von J. Vonkennel-München-Schwabing. (Preis RM. 4,20. Verlag S. Karger, Berlin 1927.) Die 60 Seiten umfassende Arbeit bespricht die an dem Material der dermatologischen Abteilung des München-Schwabinger Krankenhauses (Chefarzt Heuck) gewonnenen Erfahrungen mit der Malariabehandlung der Frühlues. Der erste, mehr als $^2/_3$ des Werkchens füllende Teil behandelt vorwiegend parasitologische und klinische Fragen der Malaria. Daraus ist hervorzuheben, daß durch Abimpfung in der 2. Hälfte des fieberfreien Intervalls und nach intravenöser Injektion bei den neu zu behandelnden Patienten regelmäßig ein reiner Tertianacharakter des Fieberablaufs erzielt wurde. Die Impfmalaria wird bei mehr als 200 im Laufe von

Digitized by Google

2 Jahren behandelten Fällen wohl als schwere, nie aber als gefahrdrohende Krankheit bezeichnet. Die Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten nimmt vom Tage der Impfung an bis zum Ende der Fieberzeit außerordentlich zu, um nach der Kupierung wieder zu normalen Zeiten zurückzukehren. In 30% der dafür verwertbaren Fälle traten während der Malaria eine unspezifische leicht positive WR und SGR und positiver Meinicke auf, welche Reaktionen mit Beginn der Chininbehandlung verschwanden. Wiederimpfungen sollen nur nach völliger Kupierung der ersten Malaria und bei völlig chininfreien Patienten vorgenommen werden. Hierbei sind Wiederimpfungen „nie erfolglos" gewesen. Genaue Bestimmungen der Hämogramme während des ganzen Verlaufs der Behandlung liegen vor und bestätigen die auch von Schilling und seinen Mitarbeitern gemachten Feststellungen. Der 2. Teil ist den Ergebnissen der Behandlung gewidmet. Das Material verteilt sich auf eine 1. Gruppe von etwa 50 Fällen, die ohne spezifische Vorbehandlung nur mit 6 g Neosalvarsan und ausgiebig Wismut (25 g) nachbehandelt wurden. Hiervon wurden bei seropositiver Lues I in 100%, Lues II (manifeste Lues) in 79%, Lues latens (Frühlatenz) 75%, Lues latens (Spätlatenz) 46,3%, Lues congenita 34% völliges Verschwinden aller Erscheinungen, auch der Reaktionen im Blut und Liquor während der Dauer einer bis heute zweijährigen Beobachtung erzielt. Noch günstiger sind die Ergebnisse der 2. Gruppe, wenn 3 g Neosalvarsan und 10 ccm Wismut vor dem Malariafieber und der Rest nach dem Fieber verabfolgt wird. Hierbei wurde bei 109 über 2 Jahre nachkontrollierten Fällen in entsprechender Verteilung der Stadien der Lues wie oben Heilung in 100%, bzw. 98%, bzw. 90,5%, bzw. 73,5%, bzw. 40% erreicht. (Nebenbei wird erwähnt, daß sich auch bei der Malariabehandlung schwer heilbarer Tripperfälle recht gute Ergebnisse haben erzielen lassen.) Die sehr beachtenswerten Erfolge der Malariabehandlung der Frühlues werden am Schlusse recht zuversichtlich knapp zusammengefaßt. Hier bezeichnet der Verf. die Methode unter anderen als sicherste und billigste zur Behandlung der Puellen. Liquorkontrolle sei stets notwendig. Bei positivem Liquor sei sie allen anderen Behandlungsmethoden überlegen und die Methode der Wahl. Der Arbeit sind einige Abbildungen und charakteristische Kurven des Fieberverlaufs und der Veränderungen im Blutbild beigegeben. W. Kirschbaum-Hamburg.

Die nach innen gerichtete Schutz- und Heilwirkung der Haut (Esophylaxie) mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose, von E. Hoffmann, Univ.-Hautkl. Bonn. (Preis RM. 1,35. Verlag S. Karger, Berlin 1927.) Der Aufsatz, der einen Vortrag vor der rheinisch-westfälischen Tuberkulosevereinigung wiedergibt, faßt alle die Momente zusammen, die für eine „nach innen gerichtete Schutz- und Heilwirkung der Haut" sprechen. Im einzelnen wird der Einfluß von Hautreizen auf die verschiedenen Anteile der Haut (Epidermis, Hautgefäße, Nerven und Drüsen) und deren Wirkung nach dem Inneren des Organismus geschildert. Ferner die Wirkung dieser Reize auf die Haut als Ganzes. Besonders werden noch hervorgehoben einige für die Tuberkulosetherapie wichtige Faktoren (Licht usw.) und der Antagonismus zwischen Haut und inneren Organen und Nervensystem. Aus all dem geht hervor, daß die menschliche Haut ein sehr wichtiges Organ ist, das vermöge seines besonderen Baues auch besondere Funktionen zu erfüllen hat: die Haut nimmt an allen Veränderungen des Gesamtkörpers teil, sie hat einen eigenen Stoffwechsel, ist von Bedeutung beim Ablauf von Immunitätsvorgängen usw. Wenn auch die Beschäftigung mit diesen Fragen schon viel wertvolles Material für die Ansicht des Verf. gegeben hat, so zeigt der Aufsatz doch, daß die „Esophylaxie" genannnte Funktion in vielem nur eine Hypothese ist, und daß die Frage noch der exakten Klärung bedarf. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Gonorrhoe des Weibes, von R. Franz-Wien. (Preis RM. 12,—, geb. 13,20. Verlag J. Springer, Wien 1927.) Fußend auf einer großen eigenen Erfahrung in langjähriger Spitalstätigkeit, unterstützt von umfassender Literaturkenntnis und ausgezeichnet durch eine Fülle von vorzüglich gelungenen Wiedergaben besonders pathologisch-anatomischer Präparate, bietet Verf. im vorliegenden Buch zweifellos einen guten Führer für den auf diesem Gebiete sich orientierenden Arzt. Für den Studenten liegt die Gefahr vor, daß ihn „die Fülle der Gesichte" verwirrt, besonders hinsichtlich der Therapie, da die therapeutischen Methoden in großen Reihen aufgezählt, aber nicht immer kritisch gewertet werden. Auch erscheint das Urteil über die therapeutischen Methoden sowohl, wie auch über theoretische Anschauungen bisweilen etwas unsicher, so z. B. über die Verwendung der lebenden Gonokokkenkulturen (S. 136), über Bazillosan (S. 64). Im ganzen ist Verf. Vertreter der konservativen und abwartenden Therapie beim Tripper der Frau. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Hair. With Special Reference to Hypertrichosis, von C. H. Danforth. (Verlag Am. Med. Ass., Chicago 1925.) Die Physiologie und Pathologie des Haarkleides wird von Danforth, einem bekannten amerikanischen Anatomen, in Zusammenfassung einer Anzahl von Aufsätzen, die er vor 2 Jahren in den Archives of Dermatology and Syphilogy veröffentlichte, in übersichtlicher und durch gute Bilder illustrierter Form dargestellt. Besondere Rücksicht schenkt der Verf. der Hypertrichosis, und die anthropologischen Analoga sind so gut gewählt, daß man gerne seinen Ausführungen folgt. Die Beziehungen der Hypertrichosis zur Akne werden untersucht und die Frage diskutiert, welchen Einfluß die innere Sekretion auf das Haarwachstum besitzt. Die große Zahl der noch ungelösten Probleme wird klar aufgezeigt und die Notwendigkeit erörtert, die Bedingungen des normalen Haarwachstums näher kennenzulernen und ihre Abhängigkeit von endokrinen und nervösen Faktoren einerseits sowie von äußeren Bedingungen andererseits zu studieren. F. Winkler-Wien.

Précis de médecine coloniale, von Ch. Joyeux. (Verlag Masson & Cie., Paris 1927.) In dem handlichen Bändchen über Tropenmedizin nehmen die tropischen Hautkrankheiten und die den Dermatologen ebenfalls interessierenden tropischen Krankheiten der Mund- und Nasenhöhle etwas über 100 Seiten, d. h. über ein Viertel des ganzen Buches ein. Es werden nur die eigentlichen exotischen Krankheiten besprochen, die in den Tropen vorkommenden kosmopolitischen Krankheiten sind sehr kursorisch berücksichtigt. Wie die Einleitung sagt, ist das Büchlein für den Praktiker in den Tropen berechnet, der kein eigenes Laboratorium zur Verfügung hat, sondern nur ein Mikroskop und einige Färbeutensilien. Infolgedessen sind die bakteriologischen und parasitologischen Abschnitte entsprechend kurz, desgleichen ist die Pathologie und die Diagnostik auf das nötigste beschränkt. Sehr angenehm sind überall eingestreute Literaturhinweise. Der Text genügt, wie z. B. das ausführliche Leprakapitel zeigt, nicht nur den an den Tropenarzt gestellten Ansprüchen, sondern zeigt auch des Verf. persönliche praktische Erfahrung. Das Bildermaterial ist allerdings leider sehr unzulänglich und kann mit anderen im selben Verlag erscheinenden Werken, wie z. B. dem Précis von Darier, nicht verglichen werden. Alles in allem ist aber der Joyeux ein kurz gefaßter und leicht lesbarer, also praktischer Leitfaden für den Tropenarzt. P. Unna jun.-Hamburg.

Experimentelle und Serotherapie in der Dermatologie, von Br. Bloch-Zürich. (Sonderdruck aus Hdb. d. exp. Ther., 1925, 2. Aufl.) In dem allgemeinen Teil der ausgezeichneten Arbeit, deren Einzelheiten im Original eingesehen werden müssen, betont Verf. die große Bedeutung der aus dem letzten Jahrzehnt stammenden Erkenntnis über die Rolle der Haut als „biologisches Schutzorgan" des gesamten Körpers. Die intensive Beschäftigung mit dieser von E. Hoffmann „Esophylaxie", von Bloch lieber „Dermatophylaxie" genannten Erscheinung und das exakte Studium der Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut haben zu wichtigen Erkenntnissen, sowohl in diagnostischer wie therapeutishher Hinsicht bei vielen Dermatosen geführt. Im speziellen Teil folgt die genauere Besprechung der bekannten allergischen Phänomene bei der Trichophytie und den übrigen Mykosen unter besonderer Hervorhebung der „Trichophytide" usw. als allergische Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, ferner werden die gleichartigen Verhältnisse bei der Tuberkulose, die Pathogenese der Tuberkulide besprochen. Besprechung der spezifischen Therapie (Trichophytie usw., Tuberkulin) bei den genannten Krankheiten. Weiterhin haben wir auf Grund dieser Erkenntnis auch gelernt, daß in das Gebiet der anaphylaktischen Reaktionen noch weiter gehören: Urtikaria, Serumexantheme und — mit Einschränkung — Arzneiexantheme und viele Ekzeme. Diese früher schwer deutbaren Krankheitsprozesse rechnen wir jetzt mit in das Gebiet der immunbiologischen Phänomene, wenn wir auch wissen, daß bei den Ekzemen z. B. neben dem exogenen schädigenden Agens noch eine besondere individuelle Disposition der Haut erforderlich ist. Zum Schluß wird die spezifische und unspezifische Therapie (Desensibilisierung) der genannten Krankheiten besprochen. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Praktikum der klinischen, chemischen, mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungsmethoden, von M. Klopstock und A. Kowarski-Berlin. (8. Aufl. Preis RM. 13,50. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin/Wien 1927.) Das wertvolle Praktikum, das mit deutlichen und lehrreichen Bildern versehen ist, ist wieder durch eine Reihe moderner Methoden ergänzt worden. Die Blutgruppenbestimmung, die für gerichtliche Medizin, Alimentenregelung, Eheberatung usw. von großer Bedeutung ist, wird eingehend erörtert. Die Flockungsreaktionen sind gut beschrieben und die bakteriologischen Hauterkrankungen bilden ein ganzes, lesenswertes Kapitel.

F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Ekzem, Rosazea

Behandlung der Lidrandentzündung, von Groenouw-Breslau. (D. m. W., 1927, Nr. 18, S. 745.) Bei Blepharitis squamosa öfter täglich die Lidränder mit Salbe reinigen und einfetten oder zweimal täglich die Schüppchen mit Wasser und Seife entfernen und dann die Lidränder mit Spirit. Meliss. 70,0, Spirit. Lavandul. 20,0, Spirit. camphor. 2,5, Spirit. nitr. aether. 1,5 einreiben. Bei B. ulcerosa Krusten mit feuchtem Tupfer entfernen, dann Salbe auftragen. Als Salben kommen in Betracht: 2%ige Borsalbe, 1 bis 2%ige weiße Präzipitatsalbe, 2—5%ige Ichthyolsalbe, gelbe Präzipitatsalbe, ferner Noviform 0,5—1,0, Paraff. liq. 0,5, Vasel. alb. ad 10,0 oder Zinc. oxyd. 5,0, Ammon. ichthyol. 0,15, Vasel. alb. ad 15,0 oder 3%ige Salizyl-Zinkpaste.

F. Harry-Wiesbaden.

Psoriasis

Psoriasis und endokrines System, besonders in therapeutischer Beziehung, von A. Buschke und W. Curth, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 19, S. 792.) In 5 von 32 Psoriasisfällen wurde röntgenologisch eine Sellavergrößerung nachgewiesen, die zwischen 15—16,5 mm variierte. Ein Fall von Psoriasis mit gleichzeitiger hypophysärer Fettsucht wurde durch Hypophysenpräparate günstig beeinflußt. Mitteilung der Literatur über Beziehungen zwischen Psoriasis und endokrinem System. Die Therapie wird in allen Fällen, wo eine auf ein endokrines Organ zu beziehende Grunderkrankung vorliegt, in Verabreichung von Organpräparaten und Röntgenstrahlen — wenn auch die theoretischen Grundlagen der Röntgenreiztherapie noch unsicher sind — bestehen, in den übrigen Fällen wie bisher auf die äußere Behandlung beschränkt bleiben. F. Harry-Wiesbaden.

Über ein neues Mittel zur Psoriasisbehandlung, von K. Herxheimer-Frankfurt a. M. (M. m. W., 1927, Nr. 16, S. 678.) Das bereits auf dem Dresdner Dermatologenkongreß vom Verf. empfohlene Psorigallol ist jetzt als Psor. spissum hergestelit worden, indem zu dem Präparat ein Lithantrol-spissum-Zusatz beigefügt wurde. Das Präparat ergab besonders bei alten Fällen gute Erfolge, ist auch besonders geeignet zur Behandlung der Nagelpsoriasis. Auch 30 Fälle von Neurodermitiden und Mykosen der Haut wurden günstig beeinflußt. Die in der Wäsche entstehenden schwarzen Flecke lassen sich durch Kochen und Behandlung mit Soda, eventuell durch zu Hilfenahme von Rohnaphta beseitigen. (Herstellung: Hirsch-Apotheke, Frankfurt a. M.)

M. Cohn-Dresden.

Lichen

La radiothérapie radiculaire du lichen plan (Die Wurzelbestrahlung des Lichen planus), von A. Zimmern und P. Cottenot. (Presse méd., 1927, Nr. 36, S. 564.) Verff. haben seit 1913 die Röntgenbestrahlung der Nervenwurzeln, wie sie bei hartnäckigen Neuralgien angewendet wird, auch auf resistente Pruritusfälle mit Erfolg ausgedehnt, selbst bei solchen Kranken, bei denen die lokale Bestrahlung vollständig versagte. Eine große Anzahl der verschiedensten Pruritusarten (Pr. senilis, genitalis und generalisatus und pruriginöse, lichenoide Ekzeme) wurden durch Totalbestrahlung des Rückgrats geheilt. Seit 1919 behandeln Verff. Lichen planus mit Wurzelbestrahlung. Ihre Technik ist dieselbe wie bei Neuralgien: 5mal 1—1½ H durch 3—4 mm Al-Filter in Intervallen von je 1 Tag werden auf die dem erkrankten Gebiete entsprechende Rückgratstelle gegeben. Eine Reihe bekannter Verff. hat diese Behandlung übernommen. Gouin wendet Schwachbestrahlung ohne Filter an. Von der Ansicht ausgehend, daß es nur auf die Beeinflussung oberflächlicher Zweige des sympathischen Geflechtes ankommt, bestrahlt er allein die mit den Zentren des Sympathikus korrespondierende Interskapular- und Lumbosakralgegend. Pautrier und Hufschmitt hingegen suchen das Rückenmark und die Nervenwurzeln vermittels Kreuzfeuerbestrahlung mit hohen Dosen zu treffen. Sie bestrahlen das Rückenmark in seiner ganzen Ausdehnung. Gewisse Kranke, vergeblich schwachbestrahlt, wurden nach Anwendung der hohen Dosen geheilt. Doch wurden durch diese Intensivierung bisweilen Verschlimmerung und Ausdehnung des Lichen hervorgerufen. Heilungen sowohl wie Verschlimmerungen nach der Bestrahlung beweisen, daß es sich um eine Beeinflussung der nervösen Elemente handelt, doch läßt sich nicht entscheiden, ob es die oberflächlichen Zweige des Sympathikus, ob es das

Digitized by Google

Rückenmark selbst oder seine hinteren Wurzeln sind, bei denen die Strahlenwirkung einsetzt. E. Kottmaier-Mainz.

Über die Behandlung des Lichen ruber planus mittels Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes und der sympathischen Ganglien, von S. Neumark und A. Krynski-Lodz. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 427.) Bericht über 8 Fälle, die mittels Bestrahlung der Interskapularregion und Lendengegend unter Fortlassen sonstiger äußerer oder innerer Therapie behandelt worden sind. Die Einzeldosis betrug 3—6 H, 3—4 mm Al, Fokushautabstand 25—30 cm, 2,5 m. A., 28—30 cm Funkenstrecke; diese Dosis wurde in monatlichen Abständen 3—7mal wiederholt. Drei derartig bestrahlte Fälle zeigten völlige Heilung, 3 andere weitgehende Besserung, während bei 2 Fällen von Lichen planus corneus und verrucosus der Unterschenkel die Lendenwirbelsäule erfolglos bestrahlt wurde. Die Erscheinungen auf der Mundschleimhaut bildeten sich nach Interskapularbestrahlung gut zurück. W. Curth-Berlin.

Keratosen

Keratodermia Palmaris et Plantaris Congenitalis. Report of a Case Showing Associated Lesions of Unusual Localisation (Keratodermia palmaris et plantaris congenitalis. Bericht eines Falles mit anderweitigen Läsionen von ungewöhnlicher Lokalisation), von H. C. Olmsted-Seattle. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 5, S. 757—764.) Wie gewöhnlich traten die Erscheinungen nicht eigentlich kongenital bei der Geburt zutage, sondern erst im 2. Lebensjahr. Bei den Eltern konnte über entsprechendes Vorkommen nichts in Erfahrung gebracht werden, doch wurden atavistische Einflüsse schon öfter in Betracht gezogen. Besonders bemerkenswert und anscheinend bisher noch nicht beschrieben erscheint das Auftreten entsprechender Läsionen um den Mund und After herum. E. Levin-Berlin.

Bullöse Dermatosen

Behandlung des Pemphigus vulgaris mit Plasmochin, von A. Buschke-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 15, S. 621.) Die Diagnose wurde durch Untersuchung des Blaseninhaltes, die klinischen Hauterscheinungen, Kochsalzretention und Jodkaliprobe gesichert. Auf Plasmochin (4 Tage lang täglich 2 Tabletten) schnelle Besserung des Allgemeinbefindens, keine neue Blasenbildung. Nach viertägiger Pause wiederum 4 Tage lang Plasmochin. Darauf rasche Rückbildung des Exanthems und vollständige Heilung innerhalb 1 Woche. F. Harry-Wiesbaden.

Erysipel, Phlegmone

Die Behandlung der Rose mit dem Besredkaschen Filtrat, von E. Kistjakowski. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 10.) In 12 Rosefällen erzielte Verf. durch Behandlung mit Kompressen aus dem Filtrat von Streptokokkenkulturen nach Besredka ein vorzügliches Resultat. Nach 20—40 Stunden sank die Temperatur und der Prozeß verbreitete sich nicht mehr weiter. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Behandlung des Anthrax beim Menschen mit Antianthraxserum, von Promptow. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 9.) Eine Injektion von 40,0 Antianthraxserum unter die Bauchhaut brachte in 2 Fällen von Anthrax Genesung. A. Jordan-Moskau.

Infektion, Vakzination und Immunität beim sogenannten innerlichen Milzbrand, von K. Hruska. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 4/5, S. 174.) Meerschweinchen und Kaninchen, denen per os und per rectum Kulturen von Milzbrandbazillen und Sporen einverleibt wurden, blieben am Leben. Die Bazillen und Sporen verhielten sich im Magen und Darm wie Saprophyten und gingen nicht durch die Schleimhäute ins Blut über. Sie hinterlassen im Organismus keinerlei Immunität. Der interne Anthrax ist somit ebenso wie der externe stets traumatischen Ursprungs. Nur nach Verwundung des Darmtraktus, des pharyngealen, laryngealen und trachealen Epithels besteht die Möglichkeit einer Infektion. Der Intestinaltrakt spielt für Vakzination und Immunisierung nur eine untergeordnete Rolle. Es gelang nur in 1 Fall bei 53 Versuchen, vom Intestinum aus eine Gesamtimmunität zu erzielen. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage über die Wirkung der Salvarsanpräparate inklusive Stovarsol und Treparsol, beim experimentellen Milzbrand, von N. Stolygvo-Riga. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 6/7, S. 364.) Kaninchen und Meerschweinchen, die mit stark sporenhaltigen Milzbrandkulturen infiziert und bald danach mit sehr hohen Dosen Neosalvarsan (0,1—0,15 g pro Kilogramm Körpergewicht) behandelt wurden, blieben länger

Digitized by Google

(93 bzw. 52 Stunden) am Leben als die Kontrolltiere. Wurden zur Infektion frische, nur minimale Mengen Sporen enthaltende Bouillonkulturen verwendet, dann blieben die Tiere auf die Injektion von Neosalvarsan hin am Leben. Die kleinste, zur Heilung ausreichende Dosis beträgt bei Kaninchen 0,04 g, bei Meerschweinchen 0,1 g Neosalvarsan. Stovarsol und Treparsol waren unwirksam. F. Harry-Wiesbaden.

Haut und Stoffwechsel

Zur Diagnose sporadischer Skorbutfälle, von H. Seckel, Städt. Krhs. Berlin-Westend. (D. m. W., 1927, Nr. 19, S. 790.) In den Jahren 1922—1926 wurden 27 Fälle von Skorbut beobachtet, von denen sich 17 durchaus atypisch verhielten. Die Diagnose war in diesen Fällen sehr erschwert, da die typische Ernährungsanamnese fehlte und die Symptome der Erkrankung (intestinale Blutungen) atypisch waren. In 11 Fällen kam es zu Skorbut durch Vorhandensein von Rezidivbereitschaft. Skorbut entsteht somit nicht nur durch exogenen C-Vitaminmangel, sondern kann auch durch endogen erhöhten Bedarf verursacht werden. Therapeutisch und prophylaktisch wird C-Übervitaminisierung empfohlen. F. Harry-Wiesbaden.

Pigment

Pigmentstudien, von Br. Bloch und F. Schaaf, Derm. Univ.-Kl. Zürich. (Biochem. Zschr., 1925, Bd. 162, H. 3/6.) Auf Grund von Untersuchungen von Dopamelanin (oxydierter Dopalösung), von Pigment aus Roßhaar, Schafwolle und melanotischer Leber kommen die Verff. zu folgenden Schlußfolgerungen: Das Pigment (Melanin) wird sowohl in der Haut als im Auge im Protoplasma der pigmentbildenden Zellen (ektodermale und mesodermale Melanoblasten) aus einer farblosen Vorstufe durch ein intrazelluläres Oxydationsferment, die Dopaoxydase, gebildet. Die Oxydase läßt sich an Gefrierschnitten und Extrakten durch die „Dopareaktion" (Umwandlung des 3,4-Dioxyphenylalanins zu Dopamelanin) nachweisen. Sie ist gegen Erhitzen, Austrocknen H_2S usw. empfindlich, wenig aber gegen HCN. Die DR (Oxydase) ist streng substrat-spezifisch und entfaltet ihre optimale Wirkung bei $p_H = 7{,}3—7{,}4$. Natürliche Pigmentbildung und DR verlaufen zeitlich, örtlich und der Intensität nach parallel. Die DR ist daher beim Menschen und den höheren Wirbeltieren als Indikator des spontanen Pigmentbildungsvermögens, die Dopaoxydase als das natürliche pigmentbildende Ferment aufzufassen. Das Absorptionsspektrum des Dopamelanins besitzt keine charakteristischen Bänder. Die Absorption beginnt im sichtbaren Teile des Spektrums, und der Extinktionskoeffizient wächst stetig mit abnehmender Wellenlänge. Dopamelanin ist ein negatives Kolloid, es wird am besten durch Säure, Aluminiumsulfatlösung oder kolloidales Eisenhydroxyd ausgefällt. Seine Löslichkeit hängt ab von der Art der Darstellung und Trocknung. Als Lösungsmittel kommen außer Alkalien in Betracht: Wasser, Alkohol und Pyridin. Gegen Oxydations- und Reduktionsmittel ist Dopamelanin sehr widerstandsfähig; nur bei energischem Eingriff findet Aufspaltung zu uncharakteristischen Spaltstücken statt. E. Meirowsky-Köln.

Über das Auftreten von Brenzkatechinderivaten als Pigmentvorstufen (Melanogene) im Harn bei allgemeiner Melanose und den Nachweis des pigmentbildenden Fermentes (Dopaoxydase) im Haut-Preßsaft von Kaninchen, von H. Albl, Inaug.-Diss. Derm. Univ.-Kl. Zürich. Im melanotischen Harn von Kranken, welche an ausgedehnter Melanokarzinomatose leiden, lassen sich Brenzkatechinderivate nachweisen. Diese sind zum Teil in Essigester löslich, zum Teil sind sie darin unlöslich. Ein weiterer Unterschied der in diesen beiden Gruppen enthaltenen Brenzkatechinderivate gründet sich auf ihr Verhalten gegenüber Pb-Azetat, indem ein Teil in saurer, ein anderer Teil erst in alkalischer Lösung ausfällt. Da solche Substanzen im Urin nach Injektion von natürlichem oder künstlichem Melanin nicht auftreten, so können sie nicht Abbauprodukte des fertigen Melanins sein. Sie sind vielmehr als Vorstufen des natürlichen Pigments (Melanogen) aufzufassen, eventuell als Umwandlungsprodukte dieser Vorstufen. Solche Vorstufen gelangen bei ausgedehnter Melanose in den Harn, weil sie hier in so großer Menge gebildet werden, daß sie vor der Oxydation zu Melanin in den Kreislauf gelangen und durch die Niere ausgeschieden werden. Der Übertritt des intrazellulär gebildeten Brenzkatechinderivates in den Kreislauf erfolgt offenbar wegen des massenhaften Zerfalles der melanogenhaltigen Tumorzellen. Dieser Befund steht in gutem Einklang mit der von Bloch aus der spezifischen Dopareaktion hergeleiteten Theorie, daß die pigmentbildende Oxydase auf ein Brenzkatechinderivat als natürliches Melanogen, eingestellt ist. Er wird weiter gestützt durch den hier erbrachten Nach-

Digitized by Google

weis, daß nach Injektion von 1—3, 4-Dioxyphenylalanin neben ausgeschwemmtem, unoxydiertem Dopa auch noch andere Brenzkatechinkörper auftreten, die sich gegen Essigester und Pb-Azetat verhalten wie die im melanotischen Urin aufgefundenen Brenzkatechinderivate. Welches von den im Harn nachgewiesenen Brenzkatechinderivaten die wirkliche Vorstufe, welches die sekundären Umwandlungsprodukte sind, läßt sich nicht entscheiden. Auch die von Tannhauser identifizierte Homoprotokatechusäure braucht nicht die Muttersubstanz des natürlichen Melanins zu sein, sondern ein Abbauprodukt desselben; denn es ist die ungezwungenere Annahme, als Muttersubstanz des natürlichen, und immer als N-haltig befundenen Melanins eine N-haltige, als eine N-freie Vorstufe anzunehmen. Die Versuche mit Hautpreßsäften zeigen, daß diese wirklich einen Faktor enthalten, der befähigt ist, die Spontanoxydation von 1—3,4-Dioxyphenylalanin ganz gewaltig zu beschleunigen. Dieser Faktor findet sich nur in pigmentierter Haut. Er ist gegen Kochen empfindlich, ebenso gegen KCN und H_2S. Alle diese Eigenschaften sprechen dafür, daß die Beschleunigung durch ein Ferment bedingt wird. Dieses steht unbedingt mit der natürlichen Pigmentbildung in Beziehung, denn ein Preßsaft aus albinotischer Haut ist nicht befähigt, die gleiche Beschleunigung hervorzurufen. Allerdings sind die Unterschiede aus pigmentierter und albinotischer Haut rein quantitative; denn auch bei Verwendung von Preßsaft aus albinotischer Haut tritt nach 12 Stunden eine leichte Graufärbung auf, während die Dopakontrolle noch farblos ist; aber zum Unterschied mit dem Preßsaft aus pigmentierter Haut ist der Faktor, der diese leichte unspezifische Graufärbung bedingt, nicht temperaturempfindlich, also kein Ferment. Damit ist gezeigt, daß ein Preßsaft aus pigmentierter Haut ein zur normalen Pigmentbildung in bestimmter Beziehung stehendes Ferment enthält, das befähigt ist, die Oxydation von 1—3,4-Dioxyphenylalanin in Abwesenheit von H_2O_2 zu beschleunigen. Auch diese Versuche legen die Annahme nahe, daß 1—3,4-Dioxyphenylalanin ein der Muttersubstanz des natürlichen Melanins sehr nahestehender Körper ist.

E. Meirowsky-Köln.

Das melanotische Pigment der Haut bei der grauen Hausmaus (Mus musculus L.), von A. Steiner-Wourlisch. (Zschr. f. Zellforschg. u. mikr. Anat., 1925, Bd. 2, H. 3, S. 453.) Bei der Untersuchung der Pigmentbildung der Haut bei Mus musculus L. und ihrer ontogenetischen Entwicklung wurden 2 Systeme von Pigmentzellen nachgewiesen, ein kutanes und ein epidermales. Das epidermale System ist dem bei anderen Säugetieren und beim Menschen beschriebenen homolog. Zu ihm gehören auch die Pigmentzellen des Haares. Die Zellen dieses Systems zeigen positive Dopareaktion, es sind autochthone Pigmentbildner. Das kutane Pigmentzellensystem entspricht dem beim Menschen in den Mongolenflecken und bei Affen in tieferen Kutisschichten liegenden Melanoblasten. Seine Zellen geben ebenfalls eine positive Dopareaktion. Chromatophoren konnten in der Kutis der normalen Maus nicht nachgewiesen werden. Ein Übertritt von Zellen oder Pigment eines Systems in das andere konnte in keinem Fall, auch während der ontogenetischen Entwicklung nicht nachgewiesen werden. Dieses Verhalten spricht für die Selbständigkeit beider Systeme. Die Dopareaktion und die Pigmentbildung zeigt in beiden Systemen im Laufe der Entwicklung einen rhythmischen, wellenförmigen Verlauf, der den Ausdruck eines rhythmischen Auftretens der Dopaoxydase während des Wachstums darstellt. E. Meirowsky-Köln.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Fibröse Geschwülste der Fingerstreckseiten, von Sonntag-Leipzig. (D. m. W., 1927, Nr. 15, S. 619.) Es handelt sich um derbe und knollige, zum Teil braun gefärbte, unter der Haut und über der Gelenkkapsel gelegene Geschwülste an den Fingerstreckseiten. Betroffen werden alle Finger, vornehmlich die ulnaren, selten der Daumen, und zwar in der Gegend der Mittel- oder Endgelenke. Öfter ist das Leiden multipel. Das Wachstum der Geschwulst, die meist von den Sehnenscheiden, manchmal auch von der Gelenkkapsel ausgeht, ist sehr langsam. Metastasenbildung kommt nicht vor, Rezidive sind häufig. Die mikroskopische Untersuchung ergibt riesenzellenhaltiges Fibrom. Therapie: Radikaloperation, die insbesondere die Fortsätze der Geschwulst mit fassen muß, da sonst Rezidiv erfolgt. F. Harry-Wiesbaden.

Regressive Störungen und Atrophien

Über Triphalbehandlung bei Lupus erythematodes, von E. Wagner-Katz-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1000.) In 2 Fällen von 6 bzw. 4 Jahre bestehendem Lupus erythematodes erzielte Verf. mit Triphal vollständige Heilung. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Über die Behandlung des Ulcus cruris varicosum, von Lippmann-Charlottenburg. (D. m. W., 1927, Nr. 20, S. 839.) Die Methode besteht in der Anwendung von Calcariae hypochloros. 2,0, Aq. font. ad 100,0, Deinde filtra! Mit dieser Lösung macht der Patient täglich einen feuchten Verband, den er mit Guttaperchapapier bedeckt. Darüber kommt ein Kompressionsverband tags mit einer Schlauchbinde, nachts mit einer Kambrikbinde. Bei größeren und längere Zeit bestehenden Ulzera wird die Konzentration der Lösung bis 5—6—7% verstärkt. Die Wirkung der Behandlung besteht in einer leichten Anregung zu Granulationsbildung, die durch die feuchte Wärme und Kompression unterstützt wird. F. Harry-Wiesbaden.

Maligne Neubildungen

Die Entstehung der bösartigen Melanome der Haut, von G. Miescher, Derm. Univ.-Kl. Zürich. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 1, S. 86.) Die Naevusfrage hält Miescher für geklärt im Sinne der Abtropfungstheorie nach P. G. Unna. Durch die Blochsche Dopareaktion hat die epitheliale Abstammung der Pigmentnaevi eine weitere Stütze erhalten. Beim jungen Melanom beginnen die pathologischen Veränderungen mit Abtropfungsvorgängen in den unteren Epidermisschichten. Die Gestalt der Melanomzellen ist mannigfaltig. Es finden sich rundliche, kugelige Gebilde, spindlige Elemente und verzweigte dendritische Zellfiguren. Die verschiedenen Zellformen können unmittelbar aus den Basalzellen der Epidermis hervorgehen. Ein gehäuftes Auftreten von Dendritenzellen in der Epidermis ist manchmal das erste Zeichen einer malignen Umwandlung. In den meisten Melanomen ist Pigment vorhanden, doch ist seine Gegenwart nicht immer erforderlich. Im Pigmentgehalt der Melanome finden sich große Schwankungen. In den Geschwulstzellen findet sich Pigment in feinkörniger, fast staubartiger Form; es ist sofort von dem Pigment der Bindegewebszellen, das grobkörnige Form hat, zu unterscheiden. Miescher betont hier noch einmal die Auffassung der Blochschen Schule im Gegensatz zu Meirowsky u. a., daß die Bindegewebszellen Pigment aus der Umgebung phagozytieren, und daß es nicht in ihnen selbst entsteht. Die von Meirowsky angeführte Chromatophorenbildung bei der Teermelanose beruht nach des Verf. Ansicht auf Pigmentinsuffizienz. Die Dopareaktion ist in den pigmentbildenden Zellen des Primärtumors und seiner Metastasen positiv. Ob die Teilungsvorgänge beim Melanom mitotischer oder amitotischer Natur sind, ist noch ungeklärt. Die Histologie der Metastasen bietet gegenüber der des Primärtumors keine Besonderheit. Es gibt keinen Epidermotropismus der Melanomzellen. Der Naevus ist die adenomatöse, das Melanom die karzinomatöse Wucherung eines in seiner Art spezifischen Wachstumsvorganges. Die Dendritenzellen entstehen aus gewöhnlichen Epidermiszellen; sie sind keine selbständige Zellart. Der Naevus kann nicht als präkanzeröses Stadium der Melanome aufgefaßt werden, dagegen sprechen klinische und histologische Bedenken. Die zuerst von Hutchinson unter dem Namen „infective melanotic freckles" und später von Dubreuilh als „lentigo malin des vieillards" oder „mélanose circonscripte précancéreuse" beschriebene Affektion (Verf. führt auch eine eigene Beobachtung ausführlich klinisch und histologisch mit Abbildung an) stellt die echte Form der melanotischen Präkanzerose dar. Theoretisch muß es Melanome ektodermaler und mesodermaler Ätiologie geben. Das von Lubarsch angegebene Einteilungsprinzip der Melanome, das alle in einer Gruppe als Pigmentzellengewächse, Melanozytoblastome, zusammenfaßt, hat gegenüber der morphologischen und der Einteilung nach der Entstehungsart keinen Vorzug. Verf. hält an dem Einteilungsprinzip fest, das die Keimblattentstehung der Tumoren als Grundlage hat, nach dem man je nach ekto- oder mesodermalen Ursprung Melanokarzinome und Melanosarkome unterscheidet. Melanokarzinome nehmen ihren Ursprung von der Haut (Epidermis, Haarfollikel, Naevus), vom Auge (Pigmentblatt der Retina), von der Schleimhaut (Epithel der Mund- und Nasenschleimhaut), Konjunktiva, Melanosarkome gehen aus von der Haut (Kutis: Mongolenfleck, blauer Naevus), vom Auge (Chorioidea, Corpus ciliare, Iris). Zahlreiche histologische Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

A. Holländer-Bielefeld.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 38 (Bd. 85) 17. September 1927

Aus dem Staatlichen Venerologischen Institut auf den Namen Prof. W. M. Bronners in Moskau
(Direktor und Chef der Klinik für Hautkrankheiten: Prof. N. S. Efron)

Ein Fall von Keratoma dissipatum naeviforme (Brauer)

Von

Dr. L. N. Maschkilleisson und Dr. M. I. Per

Mit 2 Abbildungen im Text

Im Jahre 1912 hat der Danziger Dermatologe August Brauer neun Fälle von Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare beschrieben. Drei Brüder und ihre sechs Söhne hatten auf den Handflächen und den Fußsohlen zahlreiche „parakeratotische Horneinlagerungen" von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zu einem Pfennige, welche symmetrisch verteilt und fast alle von einem mehr oder weniger breiten hyperkeratotischen Ringe umgeben waren; nach Abfall der Horneinlagerungen wurden deren Stellen von sich neu produzierenden Hornmassen eingenommen. Entzündungserscheinungen fehlten vollständig. Klinisch äußerte sich die Erkrankung erst im Alter zwischen 10 bis 20 Jahren.

Brauers Mitteilungen riefen, besonders unter den deutschen Dermatologen, einen Streit hervor. Während ein Teil der Verfasser späterhin, bei der Beschreibung oder Demonstration mehr oder weniger ähnlicher Fälle die von Brauer vorgeschlagene Benennung gebrauchte (Junghans, Brann, Hachez u. a.), stimmte der andere größere Teil der Verfasser (Galewsky, Callomon, Sklarz u. a.) für die Priorität Buschkes und Fischers (1910) und bezeichnete bei der Beschreibung einer solchen Keratodermie ihre Fälle als Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmare et plantare (Buschke-Fischer). Da sich beide Formen nur unbedeutend voneinander unterschieden, schlug Galewsky auf dem 12. Kongreß und Sklarz auf dem 13. Kongreß der Deutschen Dermatologen vor, um Mißverständnisse und eine komplizierte Nomenklatur der Keratodermie zu vermeiden, alle derartigen Anomalien unter einer allgemeinen besser passenden Benennung, und zwar unter der Buschke-Fischerschen Benennung, zu vereinigen.

Am Schluß des Jahres 1926 erschien eine neue Arbeit Brauers, in welcher er über einen Fall von Keratoma dissipatum naeviforme palmare et plantare bei einem 15jährigen Knaben berichtet, welcher von Geburt an krank war; auf beiden Handflächen und auf der rechten Fußsohle befanden sich bei ihm gelblichbraune, schmutziggraue und schwärzliche

Digitized by Google

Hornpfröpfe; die größten unter ihnen waren von hyperkeratotischen Ringen umgeben, welche nach dem Abfallen der Hornpfröpfe besonders deutlich wurden. Der Ausschlag nahm streng abgegrenzte Teile ein, und an den Stellen, wo er am deutlichsten war, bildeten sich hyperkeratotische Inseln mit einer großen Anzahl Hornpfröpfen und Vertiefungen. Eine hyperämische Zone war nicht vorhanden. Außer dieser Keratodermie befanden sich auf der Haut des Kranken, am ganzen Körper, außer der linken Hüfte und der rechten Wade, eine große Anzahl systematisierter hyperkeratotischer Naevi. Die Krankheitserscheinungen auf den Handflächen bildeten sozusagen eine unmittelbare Fortsetzung der hyperkeratotischen Naevi des Oberarmes. Histologisch: Pfropfartige Eindrücke der dicker gewordenen Epidermis, besonders ihrer Hornhülle in die Derma. Die verlängerten interpapillaren Zapfen verzweigen sich den Krebsscheren ähnlich. Von den von BRAUER früher beschriebenen Fällen hereditärer Keratoma dissipatum unterscheidet sich der betreffende Fall hauptsächlich dadurch, daß er von Geburt an vorhanden war, daß die Erscheinungen begrenzt waren und daß gleichzeitig zahlreiche hyperkeratotische Naevi vorhanden waren, die Symmetrie der Erkrankung dagegen nicht vollständig war.

Wir hatten Gelegenheit, einen einseitigen Fall von Keratoma dissipatum naeviforme[1]) zu beobachten.

Ein 28jähriger, im Kriegsdienst stehender Mann von regelmäßigem Körperbau und befriedigender Ernährung wandte sich an die Poliklinik des Staatlichen Venerologischen Instituts, um sich wegen eines intensiv juckenden, rezidivierenden, squamösen Ekzems, welches er im Gesicht hatte, behandeln zu lassen. Bei der Untersuchung wurden außer dem ekzematösen Prozeß an der rechten Hand eigenartige Hornwucherungen gefunden. Die letztgenannte Erkrankung hatte beim Patienten vor 17 Jahren während der Feldarbeiten und der Kornernte begonnen. In der letzten Zeit hatte der Kranke gedacht, daß er es mit Warzen zu tun habe und hatte die Hornbildungen mit einer Lapislösung behandelt. Diese Therapie war jedoch erfolglos geblieben. Der Vater des Kranken war mit 65 Jahren an Atemnot gestorben; die Mutter starb im 56. Lebensjahr am Herzschlag. Die Eltern hatten 6 Kinder gehabt, von denen vier am Leben geblieben waren; die anderen waren im frühen Kindesalter aus unbekannten Ursachen gestorben. Der Kranke war seit 10 Jahren verheiratet; natürliche Aborte hatte seine Frau nicht gehabt. Die älteste 6jährige Tochter war an den Pocken gestorben; ein 4jähriges Kind war gesund. Mit Arsen war der Kranke nie behandelt worden; Syphilis, Tuberkulose und Gemütskrankheiten waren in der Familie nicht vorgekommen, auch keine Gonorrhoe.

Auf dem Handrücken der rechten Hand (Abb. 1) ausschließlich auf der radialen Seite, angefangen von der Höhe der Nagelfläche des Zeigefingers und bis zu 2½ Finger breit über der Articulatio radio-carpalis war der Ausschlag strichartig ausgebreitet; er bestand aus zahlreichen kleinen, festen, hornartigen Bildungen, welche stellenweise isoliert, größtenteils jedoch in dichten Ansammlungen und miteinander verschwommen waren. In der Gegend des zweiten Phalanges des Zeigefingers in gleicher Höhe mit der Nageldecke befand sich eine unbedeutende Menge von Ausschlagselementen. Sie lagen hier hauptsächlich isoliert, in einiger Entfernung voneinander, als miliäre, durchsichtige, flache Gebilde, einige Millimeter groß im Durchmesser, etwas höher als die sie umgebende Haut und umrandet von kleinen 2—3 mm breiten Ringen der etwas verhärteten Epidermis. Mit Hilfe einer Lupe konnte man im Zentrum des Ausschlags deutlich kleine Vertiefungen von der Größe der Spitze eines Stecknadelkopfes wahrnehmen. Vom Anfang der Oberfläche der ersten Phalange an war der Ausschlag dichter angesammelt und in reichlicherer

[1]) Der Fall wurde von uns auf der Sitzung der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft auf den Namen Prof. A. I. POSPELOFFS am 5. Mai 1927 demonstriert.

Digitized by Google

Menge vorhanden, um in der Gegend der Articulatio radio-carpalis seine maximale Ansammlung zu erreichen. Hier flossen die Hornbildungen stellenweise zusammen, so daß es schwer fiel, die Grenzen zwischen den einzelnen Elementen zu unterscheiden; diese Grenzen waren vermischt und nur an einigen Stellen als Furchen zu sehen. 4½ cm über der Articulatio radio-carpalis verringerte sich die Zahl der Ausschlagselemente allmählich. Hier trat deutlich die Tendenz zur Lage des Ausschlags in der Richtung einer geraden Linie hervor. Je näher er sich zur Articulatio radio-carpalis befand, um so mehr zeichneten sich die einzelnen papulösen Bildungen durch eine feste Hornkonsistenz aus, verdichteten sich merklich, verschwammen miteinander und traten höher aus der Fläche der umliegenden Haut hervor. Die Oberfläche solcher ineinandergeflossener Scheiben war rauh und etwas gewölbt. An einigen Stellen war für die Elemente eine hellgelbe Färbung charakteristisch, an anderen Stellen dagegen eine schmutzigbraune. Auf der Oberfläche dieser hyperkeratotischen, warzenähnlichen Massen konnte man deutlich Vertiefungen von der Größe eines Stecknadelkopfes bemerken, in welche stellenweise kleine, zu Horn verhärtete, kegelförmige Pfropfen eingefügt waren. Diese in der Dicke der Epidermis eingefügten Pfropfen konnte der Kranke gewöhnlich leicht mit Hilfe seines Fingernagels herausheben. Wenn man mit der Hand über die erkrankten Stellen

Abb. 1

fuhr, so hatte man den Eindruck, eine Reibe zu berühren. An der Peripherie der kranken Stellen konnte man deutlich die neu entstehenden kleinen Hornpapeln des kranken Stellen konnte man deutlich die neu entstehenden kleinen Hornpapulen des oben erwähnten Charakters bemerken. Die Haut, auf welcher die Elemente lagen, war normal und keinerlei Anzeichen von Entzündungserscheinungen auf derselben zu bemerken. Die Krankheit verursachte dem Patienten kein Unbehagen, und Juckreiz war nicht vorhanden. Die Schweißbildung an den Handflächen war nicht übernormal, die Empfindlichkeit unverändert. Auf dem Gesicht und an einigen Stellen des Rückens war eine geringe Anzahl kleiner flacher Pigmentgeburtsflecken verstreut.

In bezug auf das Nervensystem: funktionelle Störungen in Form von erhöhter Erregbarkeit und Reizbarkeit.

Sichtbare Anzeichen einer Syphilisinfektion wurden nicht festgestellt.

WR und SGR waren negativ. Pirquet-Reaktion mit altem Tuberkulin in Lösungen von 5, 10 und 20% ergab ein schwach positives Resultat. An den inneren Organen waren keine Abweichungen zu bemerken. Die Röntgenoskopie der Lungen ergab eine leichte Trübung beider Spitzen, welche sich beim Husten schwach klärte. Beide Hilus waren infiltriert, zahlreiche Streifen waren sichtbar, links Bündel von verdichteten Drüsen, rechts einige kleine Drüsen. Es waren keinerlei Anzeichen vorhanden, welche auf einen aktiven Prozeß hätten schließen lassen.

Morphologische Zusammensetzung des Blutes: Hb 91%, Erythrozyten 4800000, Leukozyten 5600. Leukozytäre Formel: Neutrophile: Segment 47%, Stäbchen 4%; Monozyten 7%, Lymphozyten 35%, Eosinophile 6%, Basophile 1%.

Digitized by Google

Die histologische Untersuchung eines biopsierten Stückchens der befallenen Haut ergab (Abb. 2), daß sich die stärksten Veränderungen in der Hornschicht konzentrierten. Die Epidermis war stellenweise über den Papillen verfeinert; dabei starke Hyperkeratosis. In der Hornschicht waren teilweise die Konturen der Kerne erhalten, und an einigen Stellen sah man eine scharf ausgeprägte Parakeratosis. Das Stratum lucidum war deutlich ausgedrückt, an manchen Stellen erweitert. An einigen Schweißporen vertiefte sich die Hornmasse und bildete gleichsam Pfropfen. Das Stratum granulosum war breit. In der erweiterten Stachelschicht sowie in der Basalschicht waren keine besonderen Veränderungen

Abb. 2

zu bemerken. In dem Derma war an manchen Stellen eine Infiltration der papillaren Schicht, welche hauptsächlich aus Lymphozyten und Bindegewebezellen bestand.

Die Schweißdrüsen und ihre Kanäle waren unverändert. Die Elastika war in der oberen Schicht der Kutis nur in geringer Menge vorhanden.

Wir haben über die erwähnte Hautkrankheit in der Literatur nur spärliche Mitteilungen. Annähernd ähnliche Fälle wurden unter verschiedenen Benennungen beschrieben: Keratoderma punctatum (DARIER, GALLOWAY und ADAMSON, SHIN-ICHI-MATSUMOTO, SWEITZER u. a.), Porokeratosis, insbesondere Porokeratosis papillomatosa (BROCK und MANTOUX), Keratodermia maculosa disseminata symmetrica palmare et plantare (BUSCHKE-FISCHER), Keratome ponctiforme ou miliaire (BALZER) usw. Unser Fall paßt am meisten zu den obenerwähnten Beobachtungen BRAUERS über Keratoma dissipatum naeviforme.

Digitized by Google

Diese naeviforme Art unterscheidet sich von den schon aufgezählten Fällen durch eine Reihe von Merkmalen[1]). Ihr Hauptmerkmal besteht in einer gewissen Systematisierung der Erkrankung. In unserem Falle ist die linienartige Lage des Ausschlages klar ausgeprägt, weshalb es auch bei der ersten flüchtigen Besichtigung scheint, daß man es einfach mit Naevus linearis zu tun habe. Ebenso ist beim BRAUERschen Falle die Keratodermie auf den Handflächen gleichsam eine Fortsetzung der hyperkeratotischen Naevi der Oberarme (in diesem Falle war die Krankheit angeboren). BRAUER glaubt, daß diese Keratodermien dieselben Naevi sind. Ihren besonderen klinischen Charakter erklärt er durch die Stärke der Epidermis der Handfläche und Fußsohle und durch die Dichtigkeit der Schweißporen, mit welchen die Elemente dieser Keratodermie teilweise zusammenhängen. Im Falle HACHEZ war außer der Keratoma palmare dissipatum[2]) auch Naevi anaemici und Epidermolysis bullosa hereditaria vorhanden.

Während ferner zum Beispiel bei der Keratodermie BUSCHKE-FISCHERS einige Verfasser (BALZER und GERMAIN, BRYTSCHEW und SMELOFF u. a.) kleine Entzündungserscheinungen um den Ausschlag herum bemerkt hatten, andere wieder (BUSCHKE-FISCHER) auf eine bläulichrote Färbung der Mitte der Knoten hinwiesen, waren weder in unserem noch im BRAUERschen Falle solche Erscheinungen festgestellt worden.

Das folgende Unterscheidungsmerkmal der naeviformen Keratodermie ist die Einseitigkeit der Erkrankung (unser Fall) oder eine unvollkommene Symmetrie (beim BRAUERschen Falle — beide Handflächen und eine Fußsohle).

Wenn wir nun zur Frage über die Benennung übergehen, so müssen wir bemerken, daß man weder unserem noch dem BRAUERschen Falle, sogar rein morphologisch, die Benennung BUSCHKE-FISCHERS geben kann. Wie BRAUER richtig bemerkt, bezeichnet das Wort „maculosa" in keinem Falle die Elemente dieser Keratodermie, da das Anfangselement hierbei ein Knötchen und nicht ein Fleck ist. Ferner paßt das Wort „symmetrica", wie es besonders bei unserem Falle zu sehen ist (und auch beim BRAUERschen Falle), nicht für diese Form der Keratodermie.

Gar nicht passend ist auch die Benennung „Porokeratosis", da dieses Wort zur Bezeichnung einer anderen krankhaften nosologischen Form der Porokeratose dient, welche von den Italienern MIBELLI, MAJOCCHI und RESPIGHI beschrieben worden ist. Die Fälle, welche als Porokeratosis punctata beschrieben worden sind, haben weder vom klinischen noch vom pathologo-histologischen Standpunkte aus etwas mit der von MIBELLI beschriebenen Porokeratosis gemein. Wenn bei der letztgenannten Erkrankung nach der Meinung einer Reihe von Verfassern (MATSUMOTO u. a.) der Prozeß mit der Dystrophie des Epithels der

[1]) Die Frage über die Identität der Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare (die erste Art BRAUERS) und der Keratodermia mac. dissem. (BUSCHKE-FISCHER) und der anderen ähnlichen Keratodermien wollen wir hier nicht berühren, da uns die dazu notwendigen Beobachtungen fehlen.

[2]) BRAUER zweifelt an der Zugehörigkeit dieses Falles zu der betreffenden Art der Keratodermie.

Digitized by Google

Ausführungsgänge und Poren der Schweißdrüsen beginnt, so liegt histologisch gar kein Grund vor, die Keratoderma punctatum (mit Ausnahme vielleicht einiger höchst seltener Fälle von Keratoma periporale von GANS) als Krankheit, welche mit dem Schweißapparat zusammenhängt, anzusehen.

DARIERS Meinung nach ist die Keratodermie ponctuée in typischen Fällen ein Naevus keratodes. Wir finden, daß für unseren Fall die passendste Benennung „Keratoma dissipatum naeviforme" ist; diese Bezeichnung ist sowohl von morphologischem als auch hauptsächlich von ätiologischem Standpunkt aus besonders treffend.

Es ist nicht überflüssig, darauf hinzuweisen, daß ähnliche porokeratotische Vertiefungen bei verschiedenen Prozessen, welche von erhöhten Hornbildungen begleitet sind, beobachtet werden können. GALLOWAY, BROCQ, DARIER u. a. weisen auf derartige Öffnungen und Vertiefungen hin, welche entweder mit den Schweißkanälen zusammenhängen oder auch nicht mit denselben in Zusammenhang sind und bei folgenden Hautkrankheiten vorkommen: bei Syphilis, Dyskeratosis follicularis (Morbus Darier-White), Verrucae planae, Lichen ruber planus, Keratodermia arsenicalis, Keratoma follicularis usw. In diesen Fällen ist aber von der sogenannten symptomatischen Porokeratosis die Rede.

Im Februar des vorigen Jahres demonstrierte W. J. FELDMANN in der Moskauer Dermatologischen Gesellschaft einen interessanten Fall (aus unserem Institut) mit der von HANS gestellten Diagnose Keratoma periporale mit symmetrischer Erkrankung der Handflächen und der Fußsohlen. Die betreffende Beobachtung war an einem Mann von 30 Jahren gemacht worden, bei welchem der Prozeß vor 3 Jahren begonnen hatte. Das Charakteristische der Erkrankung bestand in hyperkeratotischen Bildungen und in trichterartigen Vertiefungen, welche durch Hornpfropfen geschlossen waren. Die histologische Untersuchung zeigte, daß diese Erkrankung mit den Ausführungsgängen der Schweißdrüsen in Verbindung stand und sich durch kegelförmige Hornbildungen, welche um die Schweißkanäle lagen, äußerte; außerdem hatte der Kranke versteckte seropositive Syphilis; weder durch eine spezifische Behandlung noch durch die Röntgentherapie konnte eine Wirkung auf das Keratoma ausgeübt werden.

LORTAT-JACOB und LEGRAIN demonstrierten im Jahre 1926 in der Dermatologischen Gesellschaft in Paris einen Fall von Keratodermie verruqueuse nodulaire auf den Handflächen und Fußsohlen bei einem 37jährigen Kranken, der seit 15 Jahren leidend war. Auf den Händen hatte er knotenartige Gebilde von der Größe eines Hirsekornes bis zu einer Münze von 50 Centimens. Einige derselben erinnerten an Keratodermie ponctuée. Die warzenartigen Bildungen auf den Handflächen, deren zentrale Teile sich um 3—5 mm über die umliegende Haut erhoben, wiesen deutlich einen bernsteingelben, peripherischen Rand auf. Während der Diskussionen lenkte MILIAN die Aufmerksamkeit auf die porokeratotischen, mit Hornvegetationen gefüllten Öffnungen und war geneigt, diesen Fall als papillomatöse Porokeratosis zu betrachten und ihn für analogisch mit dem von BROCQ und MANTOUX im Jahre 1916 der Gesellschaft demonstrierten Falle zu halten. MILIAN wies darauf hin,

Digitized by Google

daß es sich in den Fällen von Brocq und Mantoux, Lortat-Jacob und Legrain um Subjekte handelte, welche mit Lungentuberkulose behaftet waren. Seiner Meinung nach muß man sich daher unwillkürlich fragen, ob nicht die Lungenbazillosis mit der erwähnten Erkrankung in Verbindung gebracht werden kann, wonach letztere dann als Tuberkulid betrachtet werden müßte.

Da wir keinen Grund haben zu behaupten, daß in unserem Falle eine tuberkulöse Intoxikation, eine Syphilisinfektion, auch keine endokrinen oder trophoneurotischen Veränderungen vorliegen, sind wir vor allem geneigt, uns an die Hypothese der späten naevoiden Entstehung dieser Anomalie zu halten.

Die Bezeichnung „naeviforme" weist schon genügend auf die vorausgesetzten plasmatischen Keimbedingungen dieser Dermatose (Genodermatose) hin. Die späte Äußerung der Krankheit (wie bei unserem Falle) bildet keinen Widerspruch, da uns schon eine ganze Reihe solcher Dermatosen mit plasmatischen Keimbedingungen bekannt ist (Adenoma sebaceum, Syringoma, Naevus trichoepitheliomatosus u. a.), welche sich in der Regel um die Zeit der Geschlechtsreife oder sogar später äußern.

Literatur

1. Balzer, Ann. de Derm. et de Syph., 1925, Bd. 6, Nr. 4, S. 225. — 2. Brann, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 139, H. 2. — 3. Brauer, Arch. f. Derm., 1912, Bd. 114, H. 1, und 1926, Bd. 152, H. 2, S. 404. — 4. Brocq u. Mantoux, Soc. méd. des hôpitaux en 1916. — 5. Brocq, Précis-Atlas de pratique dermat. Paris Doin édit. 1921. — 6. Brytschew u. Smelow, Venerol. u. Derm., 1926, Nr. 1, S. 22 (russisch). — 7. Buschke u. Fischer, Iconographia Dermatologica, 1910, Bd. 5, S. 183. — 8. Callomon, Arch. f. Derm., 1923, Bd. 143, H. 1/2, S. 59. — 9. Darier, Précis de Dermatologie, Paris Masson édit. 1923. — 10. Feldmann, Sitz. d. Moskauer Dermatol. Gesellschaft v. 4. Februar 1926 in Acta dermato-venereolog. rossica, 1926, Nr. 3, S. 286. — 11. Galewsky, Arch. f. Derm., 1922, Bd. 138, S. 445. — 12. Galloway u. Adamson, Brit. J. of Derm. a. Syph., 1918, Bd. 30, S. 123. — 13. Gans, Arch. f. Derm., 1924, Bd. 145, S. 324. — 14. Hachez, Derm. Zschr., Bd. 37, H. 3. — 15. Lortat-Jacob u. Legrain, Bull. soc. franç. de Derm. et de Syph., 1926, Nr. 2, S. 81, Séance du 11 février. — 16. Matsumoto, Ref. in The Brit. J. of Derm. a. Syph., 1918, S. 117. — 17. Sklarz, Arch. f. Derm., Bd. 144, H. 2 und Acta Dermato-venereol., 1924, Bd. 5, H. 3. — 18. Sweitzer, Arch. of Derm. a. Syph., 1923, Bd. 8, Nr. 5, S. 687.

Aus der Hautklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf
(Direktor Prof. Dr. C. Stern)

Zwei Fälle von klimatischen Bubonen (Lymphogranulomatosis inguinalis)

Von

Prof. H. Th. Schreus

Das Krankheitsbild der klimatischen Bubonen, dem man besonders in Frankreich den nicht glücklich gewählten Namen „Lymphogranulomatosis inguinalis" gegeben hat, ist in Deutschland, wie auch Frei[1]) dies

[1]) Kl. W., 1927, Nr. 23, S. 1097. Lit. Fischl, Handb. d. Haut- und Geschlechtskrkh., Bd. 21, S. 463, sowie Zblt. f. Haut- u. Geschlechtskkh. 1925, Bd. 16, Nr. 1, dort auch zahlreiche Einzelreferate.

Digitized by Google

ausführt, in den meisten Gegenden, besonders hier im Rheinland, doch weitgehend unbekannt. Nicht ganz selten scheint es in Schlesien zu sein. Alle sonst beobachteten Fälle, besonders die in den Hafenplätzen, dürften auf Einschleppung beruhen. Anders ist es in den südlichen Ländern Italien, Spanien, aber auch Frankreich, und ferner allen tropischen Ländern. Dort ist der klimatische Bubo ein seit langem bekanntes und häufig auch unter schweren Allgemeinsymptomen und örtlichen Zerstörungen verlaufendes Krankheitsbild. So zeigte mir Herr Professor Francisco Clementino im Krankenhaus der Santo Casa (Santo Amaro) in Pernambuco einen sehr schweren Fall mit zahlreichen fistelnden Knoten in der Leistengegend, die sich bis weit auf den Oberschenkel erstreckten und offenbar das ganze Lymphknotengebiet der Leiste ober- und unterhalb des Poupartschen Bandes umfaßten. Der Kranke war dabei außerordentlich heruntergekommen und anämisch, wobei allerdings die starke Anämie evtl. auf eine gleichzeitig bestehende Ankylostomiasis zurückzuführen ist, die in Brasilien bekanntlich unter der einheimischen Bevölkerung außerordentlich verbreitet ist.

In Pernambuco infizierte sich ein Matrose des von mir benutzten Dampfers, den ich über 3 Monate beobachten konnte, ohne allerdings die Möglichkeit zu haben, genauere Untersuchungen auszuführen. Immerhin ist die Krankengeschichte charakteristisch für die unter schweren Allgemeinerscheinungen verlaufende fieberhafte Form dieser Krankheit.

Der Mann ging in Pernambuco an Land und hatte mit einer ihm unbekannten Eingeborenen Geschlechtsverkehr. Wie allen Mannschaften war ihm ein Schutzmittel[1]) mitgegeben worden, über dessen Anwendung er genau unterrichtet war und das er vor und nach dem Verkehr weisungsgemäß gebraucht zu haben versicherte. 5 Tage später meldete er sich auf See mit einem linsengroßen, klinisch typischen Ulcus molle der Vorhaut, das in Ermangelung jeder mikroskopischen Untersuchungsmöglichkeit an Bord mit Chlorzinkbrei geätzt wurde und in einigen Tagen abheilte. Gleichzeitig wurde sofort eine Spirozidprophylaxe über 8 Tage durchgeführt. Die Nachbeobachtung ergab zunächst nichts Besonderes, bis nach 24 Tagen gelegentlich einer Nachuntersuchung eine rechte Leistendrüse geringe Vergrößerung zeigte. Die zunächst indolente Drüse vergrößerte sich in den nächsten Tagen schnell bis zu Walnußgröße, jedoch ohne Entzündungserscheinungen. Sie war nicht mit der Umgebung verlötet, bei Betastung und Bewegung aber außerordentlich schmerzhaft. Der Mann wurde im nächsten Hafen (Santos) sofort zur Untersuchung an Land geschickt und Blut zur WR entnommen. Das Resultat war bei Abfahrt des Dampfers aber noch nicht erhältlich. Inzwischen hatte sich ein schweres Krankheitsbild, Temperaturen bis über 40°, Kopf- und Gliederschmerzen, sowie starke Hinfälligkeit entwickelt, ohne daß aber ein pathologischer Befund an irgend einem Organ außer der sehr schmerzhaften, noch etwas größer gewordenen Drüse zu erheben gewesen wäre. Örtliche Entzündung, Rötung der Haut oder Einschmelzung fehlten völlig, auch in den weiteren Tagen. Die Differentialdiagnose zwischen Bubo nach Ulcus molle, Lues oder klimatischem Bubo war recht schwierig. Der Gedanke an Lues konnte allerdings bald fallen gelassen werden; das funkentelegraphisch nachgeschickte Resultat der WR war übrigens auch negativ. Gegen Streptobazillenbubo sprach der schwere Allgemeinzustand, das späte Auftreten nach gänzlicher Verheilung des primären Ulcus molle und der örtliche Befund. Im weiteren

[1]) Dieses Schutzmittel „Halla", von mir unbekannter Zusammensetzung, wird nach den Tagebüchern der Schiffsärzte der Dampfergesellschaft mit ausgezeichnetem prophylaktischem Erfolg unter die Mannschaften verteilt. Ich selbst sah keine weitere Infektion unter der Schiffsmannschaft, trotzdem von den 50 Leuten der Besatzung über 60 Tuben verbraucht wurden. Von ebensoguter Schutzwirkung erwies sich in einigen Fällen das FF-Besteck von Bayer. Über den Wert einer bei mehreren Leuten durchgeführten Spirozidprophylaxe kann deshalb kein Urteil gefällt werden.

Digitized by Google

Verlauf bildete sich in der nach und nach mehr verbackenen Drüse, über der die Haut keinerlei Rötung zeigte, ein kleiner Erweichungsherd, der durch Punktion gefunden und durch Stichinzision entleert wurde. Mit dem schleimigen, wenig eitrigen Inhalt wurde eine Impfung am Bauch des Patienten vorgenommen, die nicht zu einem Ulcus molle, wohl aber zu einer mehrere Tage bestehenden entzündlichen Reaktion führte, die wohl im Sinne der FREIschen Allergieprobe bzw. der von MONTEMARTINI angegebenen Hautreaktion mit einer Aufschwemmung der „Korynebakterien" aufzufassen ist. Die Behandlung bestand in Ausspritzung der kleinen Abszeßhöhle mit destilliertem Wasser und Tamponade mit Jodoformglyzerin, eine Behandlung, die in etwa 14 Tagen zum Versiegen der Fistel führte, ohne daß aber die Drüse sich wesentlich verkleinerte. Fieber und Schmerzhaftigkeit verschwanden gleichzeitig; der Mann erholte sich aber nur sehr langsam. Nach weiteren 20 Tagen brach die Fistel wieder auf. Da ich kurz darauf aber von Bord ging, war eine weitere Beobachtung des Kranken nicht möglich.

Es handelt sich zweifellos um einen Fall von klimatischem Bubo mit positivem Ausfall der Hautprüfung, wie sie von FREI beschrieben wurde. Interessant ist, daß die Inkubationsdauer des „lymphogranulomatösen Schankers" in diesem Fall nur etwa 4 Tage betragen hat, und daß die Infektion durch ein gegen andere sexuelle Infektionen recht sicher wirkendes Schutzmittel nicht verhindert wurde. Es scheint also, daß der Erreger eine größere Resistenz besitzt als Gonokokken, Streptobazillen und Luesspirochäten. Von guter Wirksamkeit erwies sich in diesem Fall die Ausspritzung der Erweichungshöhle mit destilliertem Wasser, die mir im Gegensatz zu anderen bei dem gleich mitzuteilenden zweiten Fall versuchten Methoden erheblich schneller zum Ziele zu führen schien.

Einen zweiten Fall haben wir hier im Rheinland (Hautklinik Düsseldorf) in den letzten Monaten beobachten können.

Johann G., 36 Jahre alt, Bergarbeiter, angeblich nie ernsthaft krank gewesen. Venerische Infektion wird negiert. Er hat sich in den letzten Monaten in Belgien aufgehalten und wurde bei der Ankunft in Deutschland wegen Paßvergehens festgenommen und aus der Haft hier eingeliefert. In Belgien in den letzten Wochen und Monaten mehrfach Geschlechtsverkehr. Seit etwa 5 Wochen hat Patient eine Anschwellung in der linken Leistenbeuge und eine wunde Stelle in der Vorhaut.

Befund: Etwas herabgesetzter Ernährungszustand, Schleimhäute etwas blaß, sonst innere Organe, Zentralnervensystem, sowie Mund und Rachen o. B. Genitale: An der Vorhaut (inneres Blatt) eine erbsengroße, primäraffektähnliche, aber nicht verhärtete nässende Erosion, die wenig Serum austreten läßt. Spirochäten im Dunkelfeld negativ, dorsaler Lymphstrang nicht verdickt. In der linken Leistenbeuge eine gut taubeneigroße, nicht druckempfindliche Drüse, die etwas fluktuiert. Haut darüber ein wenig gerötet, die übrigen Drüsen palpabel. Rechte Leistenbeuge ohne besonderen Befund. WR negativ, MTR negativ.

Aus dem Verlauf ist hervorzuheben, daß wiederholte örtliche Untersuchungen sowohl des Schankersekretes wie auch des Drüsensekretes auf Spirochäten negativ waren. Mit Anilinfarben und nach GRAM gefärbte Ausstrichpräparate zeigen nur einzelne Staphylokokken, keine pseudodiphtherieähnliche Stäbchen. Intrakutanimpfung mit Drüsensekret auf die Bauchhaut ergibt kein Ulcus molle, aber eine sehr deutliche Rötung, die nach einigen Tagen zurückgeht; desgleichen verheilte die Erosion am Präputium nach etwa 6 Tagen spontan. Im späteren Verlauf wurden mehrfach Röntgen-Tiefenbestrahlungen ($^1/_3$—$^1/_2$ ED unter 3 mm Al-Filter) appliziert, ohne daß ein deutlicher Effekt davon zu verzeichnen gewesen wäre. Ebensowenig war er bei einer Antimosankur (bis 8 ccm) zu beobachten. Letztere allerdings wurde erst in Angriff genommen, als auch eine während der Beobachtung neu entstandene Drüsenschwellung mit Fistelbildung bereits im Rückgang begriffen war. Am Ende der Beobachtung sezernierten beide Fisteln noch kaum merklich, so daß ein Verband unnötig war. Eine diffuse Infiltration in der Leistenbeuge war aber noch vorhanden.

Auch dieser Fall ist wohl nach dem klinischen Befund ein typisches Lymphogranuloma inguinale. Im Gegensatz zu dem ersten zeigt er die

Digitized by Google

mildere Form, die ohne besondere örtliche Beschwerden und vor allen Dingen ohne die schweren Allgemeinerscheinungen verläuft. Da der Kranke in Deutschland keinen Geschlechtsverkehr hatte, ist er ganz sicher nicht als im Rheinland infiziert aufzufassen und kein Gegenbeweis gegen das Fehlen dieses Krankheitsbildes im Rheinland überhaupt. Ich selbst habe während der Zeit meiner Tätigkeit in Bonn und auch in Düsseldorf niemals einen Fall von Lymphdrüsenanschwellung oder Vereiterung der Leistengegend gesehen, bei dem diese Krankheit ursächlich in Betracht gekommen wäre.

Bei diesem Kranken wurde besonders in Ausstrichpräparaten und durch Kulturverfahren nach Erregern gefahndet. In den Ausstrichpräparaten fanden sich überhaupt nur Staphylokokken, die auch auf Peptonagar, Lewinthal-Nährboden, Sabouraud-Maltoseagar wuchsen. Daneben gingen einzelne Kulturen von hämolytischen Streptokokken an. Ein Meerschweinchen, das mit reichlich Drüsensekret am Oberschenkel intramuskulär infiziert wurde, bekam im Verlauf der nächsten 10 Tage eine bis kirschgroße, bei Betasten schmerzhafte Drüsenschwellung, die sich bei der späteren bakteriologischen Untersuchung als staphylogen bedingt erwies.

Waren diese Versuche mithin negativ ausgefallen, so wurde eine zweite Versuchsserie angesetzt und als Ausgangsmaterial eine in der chirurgischen Klinik exstirpierte vergrößerte Lymphdrüse, die nicht eröffnet war, benutzt. Kulturen wurden angesetzt auf folgenden Nährböden[1]):

1. gewöhnliche Bouillon aërob,
2. Glyzerin-Bouillon aërob,
3. Aszites-Bouillon aërob und anaërob,
4. Aszites unverdünnt plus Kaninchenniere anaërob (Noguchi),
5. Eiernährboden nach Hohn,
6. Blutplatte aërob und anaërob,
7. Löfflerserum.

Alle Kulturmedien wurden über eine Dauer von 3 Wochen beobachtet. Sie sind sämtlich steril geblieben.

Zwei mit dem Bubo subkutan geimpfte Meerschweinchen (am Oberschenkel und am Unterleib) starben am 5. bzw. 16. Tag an einer Stallinfektion (sog. Pseudotuberkulose). Abgesehen von den Knötchenbildungen an Milz und Leber, die auf die Seuche zurückzuführen sind, wiesen die Meerschweinchen keine pathologisch-anatomischen Besonderheiten, in sonderheit nicht der Lymphdrüsen auf. Der Rest des exzidierten Materials sollte im Pathologischen Institut (Prof. Huebschmann) untersucht werden. Leider zeigte sich aber, daß fast alles zu den Kulturen und Tierversuchen verbraucht war. Das noch vorgefundene Drüsengewebe zeigte keinen pathologischen Befund.

Das Ergebnis dieser Untersuchungen ist also ebenso negativ wie die zahlreicher anderer Autoren. Insbesondere wurden auch die von Favre, De Bella, Montemartini u. a. gefundenen Pseudodiphtheriebazillen nicht nachgewiesen.

---

[1]) Die Untersuchungen wurden ausgeführt im Hygienischen Institut der Akademie (Prof. Manteuffel) durch Herrn Dr. Herzberg.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE RICHARD PFEIFFER INSTITUTE FOR INFECTIOUS DISEASES

Zum Schluß sei noch kurz auf die nur mäßigen Behandlungsresultate bei diesem Fall mit Röntgentherapie und auch Brechweinstein (Antimosan) hingewiesen. Ob diese überhaupt an dem Spontanverlauf etwas geändert haben, möchte ich dahingestellt sein lassen. Jedenfalls schien mir die im ersteren Falle vorgenommene lokale Ausspritzung mit destilliertem Wasser bei eröffneten Erweichungen wesentlich schneller zu wirken.

Zusammenfassung

Es werden 2 Fälle von klimatischen Bubonen (Lymphogranulomatosis inguinalis) mitgeteilt, von denen der eine, in Südamerika infiziert, unter schweren fieberhaften Allgemeinsymptomen, der zweite, in Belgien infiziert, fast ohne Allgemeinerscheinungen verläuft. Die bakteriologischen Untersuchungen und Tierversuche verliefen negativ. Therapeutisch erwies sich die Ausspritzung der eröffneten Erweichungshöhle mit destilliertem Wasser und nachfolgender Jodoformglyzerintamponade als gut wirksam.

Aus dem Anatomischen Institut der Universität Hamburg
(Direktor: Prof. Dr. H. Poll)

Zur Biologie der Sexualhormone[1])

Von

Privatdozent Dr. Wilhelm Blotevogel, II. Prosektor am Institut

Mit 1 Abbildung im Text

Während in der pharmakologischen Literatur die Prüfung der Wirksamkeit von Heilmitteln, ganz besonders der stark wirkenden, im allgemeinen eine selbstverständliche und eine sowohl auf Reinheit als auch auf Gewicht der Substanz durch Versuche leicht zu behandelnde Frage darstellt, machen sich bei der therapeutischen Verwendung von Organextrakten und aus ihnen hergestellten Stoffen in bezug auf die Wertbestimmung außerordentliche Schwierigkeiten geltend. Eine zielbewußte und sachgemäße Substitutionstherapie etwa mit den wirksamen Bestandteilen von Schilddrüse und Nebenschilddrüse, Langerhans-Gewebe (Insulin) oder Nebenniere (Adrenalin) setzt aber zwangsläufig voraus, daß ein zuverlässiger, ja womöglich ein absoluter Wertmaßstab für die ohnehin durch den Individual- und Dispositionsfaktor variablen Wirkungskörper gefunden und planmäßig zum Standardisieren solcher Heilmittel verwendet wird.

Jede solche Wirksamkeitsbestimmung setzt im Grunde voraus, daß der Pharmakologe mit der physiologischen Wirkung dieser stark wirkenden Heilmittel vertraut ist, wie wir es vom Morphium, vom Chinin, vom Atropin u. a. verlangen. Leider sind wir bei vielen und wichtigen Substanzen inkretorischer Herkunft von der genauen Kenntnis ihrer Ursprungsstätten, ihres Verhaltens bei der Verarbeitung usw. noch sehr weit entfernt, trotzdem eine Anzahl von ihnen geradezu bereits dem

[1]) Vorgetragen auf der Tagung der Nordwestd. Dermatologen in Hamburg. 26., 27. März 1927 (vgl. d. Wschr., Bd. 85, Nr. 34, S. 1173).

Digitized by Google

Arzneischatz, wenn auch nicht des praktischen Arztes, so doch des Facharztes etwa für Sexualerkrankungen angehört. Um so dringender erscheint die Forderung, solche z. T. in ganz unkontrollierter Weise hergestellten und im allgemeinen auch öffentlich zugänglichen Mittel mit einer Bezeichnung zu versehen, die nach irgend einem zuverlässigen Maßstab ihre Wirksamkeit messen oder wenigstens abschätzen läßt.

Die Physiologie und Pharmakologie des Sexualhormons, dessen Wirkungsweise selbst der Laie zu kennen glaubt, setzt solchen Untersuchungen ganz besondere Schwierigkeiten entgegen, weil die z. T. gar nicht auf körperlichem Gebiet liegenden Brunsterscheinungen sich im wesentlichen einer messenden Verfolgung entziehen und auch die rein körperlichen Brunstphänomene jedenfalls nicht ohne weiteres sich quantitativ in ihrer Abhängigkeit von den Stoffen erfassen lassen, die im Säftestrom kreisen und ihren Ursprung ersichtlich dem endokrinen Gewebe verdanken, das während der Geschlechtstätigkeitsperiode den Körper für diese wichtige Funktion mit Hormonalstoffen versorgt. Scheinbar bietet die Vielfältigkeit der Brunsterscheinungen ein unerschöpfliches Feld für das Studium der Wirksamkeit der Brunsthormone dar. Tritt uns doch nicht nur in der Tier- und Pflanzenwelt, sondern auch beim Menschen auf das deutlichste fast in allen Zellen, Geweben und Organen des Körpers eine merkliche Veränderung im Zusammenhang mit den Phasen der Geschlechtstätigkeit entgegen. Man wird auf das tiefste enttäuscht, wenn man versuchen wollte, die „wesentlichsten Brunstphänomene" herauszulösen und aus ihrer Physiologie Maßstäbe für die Wirksamkeit der entsprechenden Inkrete zu gewinnen. Dieser Versuch scheitert vorläufig an der Unzugänglichkeit und Unhandlichkeit derjenigen Stätten, an denen sich die primären Brunsterscheinungen: Eibildung, Eiausstoßung, Spermabildung und -absonderung abspielen. Darum richtet sich die Ausarbeitung von Wertbestimmungsmethoden mehr oder minder auf leicht zugängliche, zahlenmäßig erfaßbare und unmißverständliche sekundäre Brunstfolgen, von denen man sich allerdings die sichere physiologische Gewähr verschaffen muß, daß sie in ihrer quantitativen Koppelung an entsprechende Fortpflanzungsphasen zwangsläufig gebunden sind in dem Sinne, daß steigenden Werten der einen auch steigende Werte der anderen zugeordnet sind (monotone Korrelation).

Für das weibliche Sexualhormon haben amerikanische Autoren die zyklischen Veränderungen der Vaginalschleimhaut von Ratte, Maus und anderen Tieren als ein Maß des „Östrus" bezeichnet und daraus eine technisch überaus einfache, dafür aber um so unzuverlässigere Methode entwickelt. Man streicht mit einer Platinöse oder einem mit Watte umwickelten Glasstab über die Vaginalschleimhaut der Maus und findet dann zu gewissen Zeiten, aber nicht in regelmäßiger Folge, kernlose verhornte Zellen (Schollenstadium), die etwa den kernlosen Schüppchen der Oberhaut des Menschen vergleichbar sind. In der Zwischenzeit beherrschen kernhaltige Elemente und Leukozyten das Bild. Stellt man in den Versuch eine Anzahl von etwa 20 Mäusen ein und verfolgt Monate hindurch planmäßig Tag für Tag das Bild dieser Ausstriche, so ist man aufs äußerste verwundert, statt des regelmäßigen Wechsels von Östrus und Nichtöstrus ein Bild der buntesten Mannigfaltigkeit zu finden. Es gibt

Digitized by Google

Mäuse, die wochenlang überhaupt keinen Östrus zeigen, andere, die eine Woche lang und länger wieder nur verhornte Zellen absondern, andere, die in völlig unregelmäßiger Folge einen Tag verhornte, die übrige Zeit nicht verhornte Zellen aufweisen. Kurzum, wenn man sich auf diesen Maßstab verläßt, so führt die Maus ein Geschlechtsleben, wie es unregelmäßiger nicht gedacht werden kann.

Die innige Verknüpfung der Sexualerscheinungen mit Phänomenen im Nervensystem legte den Gedanken nahe, planmäßig zu untersuchen, ob nicht gerade hier solche gesetzmäßig gekoppelte Folgen von Veränderungen sich auffinden ließen, die in der Tat die oben aufgestellten Forderungen erfüllten. Neben dem Hals der Gebärmutter liegt auf dem hinteren

Abb. 1. Ganglion cervicale uteri der Maus

Scheidengewölbe (s. Abb.) ein kleines sympathisches Ganglion, bekannt unter dem Namen von Frankenhäuser, der es zuerst beim Menschen beschrieb. Es ist ein echter sympathischer Nervenknoten, aufgebaut aus multipolaren Ganglienzellen und daneben aus einer Anzahl von Adrenalin produzierenden Zellen, wie sie jedem Ganglion des Bauchsympathikus zukommen. Diese Zellen sind seit langer Zeit aus der Marksubstanz der Nebenniere bekannt und leicht durch die Reaktion ihres Zellkörpers auf Chromlösungen nachweisbar. Von dieser ihrer Eigenschaft, die sie mit der Adrenalinlösung teilen, haben sie den Namen der chromaffinen, chrombraunen Zellen erhalten. Normalerweise sind von diesen Zellen in jedem Ganglion des Uterus der weißen Maus etwa 2—6% enthalten. Wir haben gewichtige Grundlagen für die Annahme, daß diese Schwan-

Digitized by Google

kungen der normalen Maus direkt proportional sind der Menge der Ergiebigkeit einer Hormonquelle im Ovarium des betreffenden Tieres, die sich quantitativ exakt fassen läßt.

Besonders interessant wird bei der weißen Maus die Verfolgung der Zahl der Chromzellen, wenn man den weiblichen Sexualapparat in Tätigkeit setzt. Im Verlaufe einer Schwangerschaft beginnen sie sich erst langsam, dann immer schneller zu vermehren, so daß am 14. Tage ein Wert von etwa 6%, am 19. ein solcher von etwa 9% erreicht ist. Am Tage des Wurfes zählt man 15—16% dieser chrombraunen Elemente. Nach dem Wurf wird ihre Zahl im Laufe der Laktation allmählich wieder zur Norm zurückgeführt. Jede einzelne Schwangerschaft ist zwangsläufig von dem gleichen Phänomenablauf begleitet. Es kann kein Zweifel darüber herrschen, daß diese Steigerung mit den in der Schwangerschaft vorhandenen vermehrten Hormonquellen ursächlich verknüpft ist; denken wir nur an die Entwicklung der Plazenta, die ja schon längst als stark sexualhormonhaltiges Organ erkannt ist.

Weisen schon diese beiden Beobachtungsreihen in guter Übereinstimmung qualitativ und quantitativ in dieselbe Richtung, so mußte die Entscheidung im Ausschaltungsversuch liegen, der alles hormonale Gewebe aus dem Tier entfernt. In der Tat ergab sich dabei, daß die kastrierte Maus den beim normalen Tier nicht vorkommenden Wert von 1% und darunter an Chromzellen im Ganglion aufwies. Hätte es noch eines weiteren Beweises für die Gesetzmäßigkeit dieser Zusammenhänge bedurft, so würde das Verhalten der multipolaren Ganglienzellen des FRANKENHÄUSERschen Knotens ihn eindeutig geliefert haben. Denn während beim normalen Tier die Struktur der einzelnen Zellen unverändert erhalten bleibt, weist das kastrierte eine deutliche Degeneration der Nissl-Schollen im Sinne der Chromolyse auf.

Als Experimentum crucis schloß sich nun an diese Feststellungen der Nachweis an, daß beim kastrierten Tier sowohl die Degeneration der Nissl-Schollen als auch vor allem der Prozentsatz der chrombraunen Elemente durch die Injektion wirksamer Sexualhormonsubstanz zu normalen Verhältnissen zurückkehrt. Man kann innerhalb von 4 Tagen durch Injektion sehr geringer Mengen von Sexualhormonen eine kastrierte Maus bis auf 10—12% der chrombraunen Zellen anreichern. Wir haben also zwei Mittel in der Hand, uns von dem Wert eines Sexualhormons zu überzeugen: den sog. Chromtest, d. h. die Feststellung der Relation der chrombraunen zu den Ganglienzellen im Ganglion cervicale uteri. Wenn man diesen als quantitative Verfolgungsmethode auffaßt, so wird für rohere Versuche die Regeneration des Nissl-Apparates als qualitativer Nachweis verfügbar sein.

Mit diesen Untersuchungen ist — das muß besonders betont werden — die Frage nach der Spezifität dieser Untersuchungskörper in keiner Weise gelöst. Wissen wir doch aus zahlreichen sorgfältigen Untersuchungen, daß insulinartig wirkende Körper in weiter Verbreitung im Tier- und Pflanzenreiche vorkommen und sich nicht etwa ausschließlich auf die Inselzellen des Pankreas beschränken. In ganz ähnlicher Weise mag auch die Gruppe der Sexualhormon enthaltenden wichtigsten Substanzen eine Verbreitung besitzen, die weit über den Rahmen der Keim-

Digitized by Google

drüsen hinausgeht. So gelingt es z. B. aus Kartoffeln, Rüben, Kirschen, Hefe durch bestimmte chemische Verfahren Substanzen zu extrahieren, die laut Chromtest ähnlich wirken wie die Sexualhormone. Wir haben diese Gruppe von Körpern als Tokokinine bezeichnet und erwarten in ihnen Quellen für die Darstellung von Heilmitteln, die vielleicht in ihrer Verwendbarkeit noch über die Hormonquellen tierischen Ursprungs hinausgehen.

Erst wenn die chemische Industrie den Fachärzten zuverlässige und genau analysierte Heilmittel zur Verfügung zu stellen in der Lage sein wird, wird die Therapie einer Reihe von Sexualstörungen sich erfolgreich gestalten lassen.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 28. April 1927.

Vorsitzender: Fasal Schriftführer: Gruß

Spitzer: **Multiple primäre Paraffinkarzinome und präkanzeröse Hyperkeratosen.** Bei einem 64 jähr. Arbeiter, der 44 Jahre in einer Mineralölraffinerie bei der Paraffingewinnung beschäftigt ist, wurde vor 1 1/2 Jahren hinter dem Ohr ein erdbeergroßes verhornendes Plattenepithelkarzinom exstirpiert und vor 1/2 Jahr unter dem Auge ein linsengroßes Epitheliom mit Radium beseitigt. Jetzt im Gesicht, an den Unterarmen und Handrücken braun pigmentierte Flecken, follikuläre Komedonen, seborrhoische und flache Warzen und hyperkeratotische Effloreszenzen. Die Glans penis in ihrem unteren Anteil zur Hälfte von einem breit aufsitzenden exulzerierten Karzinom zerstört. Für die Entstehung der Paraffinkrätze und des Paraffinkarzinoms werden die empyreumatischen Stoffe des Rohöls, mit denen die Arbeiter in innige Berührung kommen, verantwortlich gemacht. Nur das weiche Zwischenprodukt bei der Paraffingewinnung, der Gatsch, der bei den Filterpressen gewonnen wird, erzeugt die Hautschädigungen. Das Reinparaffin, wie es in der Kerzenfabrikation verarbeitet wird, hat keine Erkrankung zur Folge. Den Paraffinkarzinomen klinisch und ätiologisch ähnliche Berufskarzinome sind der Ruß- oder Schornsteinfegerkrebs, der Baumwollspinnerkrebs und der Teer- oder Brikettkrebs. Fuss erwähnt einen analogen Fall, einen 65 jähr. Arbeiter der gleichen Fabrik, der 17 Jahre mit der Paraffinerzeugung beschäftigt war und seinerzeit von Eiselsberg in der Ges. d. Ärzte vorgestellt wurde. Dieser zeigte an der Haut der Vorderarme und Hände zahlreiche warzenartige, keratotische Exkreszenzen von bräunlichroter Farbe. Die Haut dazwischen wies linsengroße, hyperämische Flecken und Teleangiektasien auf. In der linken Hälfte des Skrotums bestand ein papillär gewuchertes Geschwür mit verdickten Rändern. Trotz Exstirpation des Ulkus samt dem vergrößerten Hoden und den regionären Inguinaldrüsen rasche Metastasierung des Tumors und ausgebreiteter Zerfall in der Umgebung der Operationswunde mit Zerstörung des übrigen Genitales. Pat. lag an der Wasserbettstation der Klinik und kam daselbst 1/2 Jahr später ad exitum. Der Tumor am Genitale erwies sich histologisch als verhornendes Plattenepithelkarzinom. Die Biopsie aus einer warzenartigen Wucherung der Finger zeigt ausgesprochen papillären Bau. Das interpapilläre Rete senkt sich in verbreiterten Zapfen in die Tiefe. Die Epithelien der Wucherungen sind vakuolisiert und zeigen reichlichst Mitosen von atypischer Form. Nirgends ausgesprochenen Einbruch in die Kutis, das anschließende Kutisgewebe von Rundzellen durchsetzt.

Fuss: **Kongenitale Keratosen an Händen und Füßen kombiniert mit negerartig gekraustem Kopfhaar.** 4- und 6jähr. Mädchen, Geschwister, das erstere mit trockener Haut, Verdickung der Hornschicht und stärkerem Hervortreten der Felderung sowie z. T. warzenartigen Keratosen an Handtellern und Fußsohlen. Bei letzterem intensivere Entwicklung der Veränderungen: teilweise graubraune Verfärbung der verdickten, zerklüfteten Hornschicht an den Fingerrändern, zahlreiche gelbbraune, warzen-

Digitized by Google

artige Keratosen an den Händen, klavusähnliche umschriebene Hornschichtverdickungen an den Fußsohlen. Die Veränderungen hauptsächlich auf Palmae und Plantae beschränkt. Bei dem älteren Mädchen auch warzenartige Keratosen am Fußrücken, sowie ichthyosisartige Plaques an der Beugeseite der Kniegelenke. Bei beiden Mädchen ein leichter Grad von Ichthyosis an der Streckseite der Kniegelenke, desgleichen bei den Eltern. Auffallend ist bei beiden Kindern eine eigentümliche Kräuselung der Haare am Kapillitium, wie sie sich bei Negern und im Pelz von Schafen findet. Nach Angabe der Mutter hatte auch sie sowie 4 ihrer 13 Geschwister in der Jugend ähnlich gekraustes Haar. Der Vater der Kinder ist lockig, doch hatte die Mutter seines Vaters auch gekraustes Haar. Ohne zu der Natur der kongenitalen Keratose, ob zur Ichthyosis oder zu den hereditären Keratomen gehörig, näher Stellung zu nehmen, sei nur auf das immerhin eigentümliche Krankheitsbild bei den Geschwistern und das gleichzeitige Bestehen von dichten Krausköpfen aufmerksam gemacht. Es bleibe dahingestellt, ob Keratosen und Kraushaar gegebenfalls auf eine Mono- oder poly-Anomalie des Kinnplasmas zurückzuführen sind.

Balban: **Orbikuläres und papulosquamöses Syphilid.** 42 jähr. Patientin mit papulosquamösen Syphiliden am Stamme und an den unteren Extremitäten und orbikulären Herden an den Armen. WR und DM+. Vor 6 Monaten an andauerndem Kopfschmerz erkrankt, der mit Schwitzkur behandelt wurde. Gleich zu Beginn dieser Kur Ausbruch des Exanthems.

Arzt: **12 frische, sekundäre Fälle.** Im Anschluß daran Bemerkungen über Zunahme der Lues.

Ullmann: Es ist kein Zweifel, daß die Lues neuerlich zunimmt, wenigsten in den Spitälern. In den Kassenambulatorien und der Privatpraxis ist dies noch nicht der Fall. In den Jahren 1923—1925 wurde nicht nur in Wien bzw. Österreich, sondern auch in anderen Ländern, besonders Hauptstädten, und jetzt noch die Frequenzabnahme betont. U. verweist auf die letzte Debatte in der Berliner dermatologischen Gesellschaft im Januar 1927. Von Interesse wäre es deshalb, den besonderen Ursachen nachzugehen, die zur Zunahme der frischen Luesfälle führen, obwohl Kontrolle und Behandlung sich nicht verschlechtert haben. Scherber beobachtet auch seit dem Herbst 1926 ein Ansteigen der Syphilisinfektionen. So hatte Sch. an seiner Abteilung vor kurzem gleichzeitig 14 frische Infektionen bei Frauen in Behandlung. Der Grund der Zunahme ist z. T. auf Einschleppung von außen, hauptsächlich aber darauf zurückzuführen, daß gewisse Infektionsquellen nicht erfaßt werden können.

Volk: **Tuberkulinexanthem.** Ein Patient mit schwerem, z. T. ulzerösem Lupus vulgaris des Gesichts erhielt subkutene ATK-Injektionen, welche am 1. März 1927 mit 0,2 der konzentrierten Lösung ohne Reaktion abgeschlossen wurden. Am 2. April wurde eine intrakutane Injektion mit Calmetteschem Virus (300000 Keime) am rechten Arm gemacht, Pat. reagierte sehr stark und nach etwa 10 Tagen — die Injektionsstelle war infiltriert, lividrot verfärbt, an der Spitze exulzeriert — entwickelte sich ein papulöses Exanthem der rechten oberen Extremität. Hierauf wurde am linken Vorderarm eine intrakutane ATK (0,001) gegeben, worauf Pat. unter Temperaturanstieg bis 39° am Stamme ein skarlatiniformes, an den Extremitäten ein papulo-vesikulöses Exanthem bekam, das unter Schuppung abheilte. Eine streng subkutane Tuberkulininjektion wurde anstandslos vertragen. Wir sehen also in diesem Falle die Tuberkulin-Überempfindlichkeit an die Epidermis gebunden (vgl. Hg, Jodoform usw.). Der Versuch, diese Überempfindlichkeit zu übertragen, konnte nicht in der gewöhnlichen Weise gemacht werden, da ja das Serum auch Nicht-Überempfindlicher Verstärkung der Tuberkulinreaktion gibt (W. Jadassohn, Martenstein). V. gab also 8 Pat. intrakutane Injektionen mit dem Serum des Überempfindlichen und mit normalem Menschenserum und konnte in 5 Fällen davon nach 24 Stunden eine deutlich stärkere, ja sogar auffallend starke Reaktion mit ersterem sehen. Die Reaktionen klangen nach weiteren 24 Stunden ab, so daß sie wohl nicht als Tuberkulinreaktionen anzusehen sind, sondern als solche auf einen im Serum des Überempfindlichen vorhandenen Stoff. Zum Vergleiche wird aus einer anderen Versuchsreihe, bei welcher die verstärkende Wirkung von Blaseninhalt über einer Tuberkulinquaddel nachgewiesen werden sollte, eine Pat. vorgeführt; Tuberkulin + Blaseninhalt gibt tatsächlich eine auffallend stärkere Reaktion als Tuberkulin intrakutan allein, doch erhält man eine ebenso große Quaddel mit Blaseninhalt allein wie bei der ersten Kombination. Es ist also größte Vorsicht bei der Deutung solcher Resultate am Platze.

Digitized by Google

Arzt: **Tuberkulöse Hautaffektion bei einem Säugling.** Säugling, am 8. Dezember 1926 geboren, Großmutter mütterlicherseits an Tuberkulose gestorben, Eltern klinisch und röntgenologisch gesund, zeigt an der rechten Wange einen angeblich vor 2 Monaten bereits aufgetretenen, derzeit etwa 50groschenstückgroßen, braunroten Herd. Regionäre Drüsen nicht vergrößert, histologisch Epitheloidzellentuberkel mit Riesenzellen. Zweimalige Pirquetreaktion negativ. Interner und röntgenologischer Befund negativ. **Aussprache:** Ullmann verweist darauf, daß die isolierte, zweifellos tuberkulöse Affektion mit negativem Pirquet einem beginnenden Primäraffekte entsprechen könnte, wie ihn in letzter Zeit, allerdings unter dem Titel „Primärkomplex", schon mit bestehenden Drüsenschwellungen, besonders Bruusgaard u. a. beschrieben haben. U. selbst ist dieser Frage 1905 mit einer Studie „Inwieweit besteht in Lupusheilstätten, dermatologischen Abteilungen und Ambulatorien eine Gefahr der Tuberkuloseübertragung und worin bestehen die Mindestmaßnahmen zu wirksamer Prophylaxe?" nahegegangen. Jadassohn hat diese Frage nach dem Kriege neuerdings behandelt. — Volk: Der sehr interessante Fall bedarf noch der Klärung. Wenn es sich um eine Tuberkulose handelt, so hat ja schon Arzt den seltenen Primäraffekt an der Haut in Erwägung gezogen, allerdings fehlt hier die sehr charakteristische regionäre Drüsenschwellung. Der negative Pirquet könnte auch zu erklären sein, wenn man annimmt, daß von dieser kleinen Infektionsstelle aus die Umstimmung des Organismus bisher nicht erfolgt ist. Es müßte also in dieser Hinsicht die weitere Beobachtung und Untersuchung noch erfolgen. Müller (nicht eingelangt). Volk: Der typische tuberkulöse Primäraffekt an der Haut dokumentiert sich durch den tuberkulösen Affekt und die regionäre Drüsenschwellung, also ganz ähnlich wie bei der luetischen Affektion, und ist in einem solchen Falle leicht von der exogenen Superinfektion zu unterscheiden. Allerdings kommt es auch vor, daß die regionäre Drüsenschwellung fehlt, wie dies auch beim luetischen Primäraffekt gelegentlich einmal vorkommt. Auch das zeitliche Intervall zwischen Infektion und Auftreten der Drüsenschwellung ist nicht so bestimmt, wie bei der Lues; es richtet sich vor allem nach der Form der Tuberkulose, der Reichlichkeit und Virulenz der Bakterien und nach der natürlichen Resistenz des Organismus. Auch Bruusgaard betont, daß der Lupus als eine Form des Primäraffekts eine große Seltenheit ist. Zufälligerweise hatte ich Gelegenheit, in der letzten Zeit zwei solche Fälle zu sehen, einen an der Wange mit einer kleinen präaurikulären Drüse, den zweiten am rechten Oberarm mit einem mächtigen z. T. erweichten axillaren Drüsentumor.

Rusch: 1. **Papulonekrotische Tuberkulide.** Frau. Erkrankt sind Finger und Hände.

2. **Urticaria pigmentosa perstans.** Vorherrschend am Stamm viele Hunderte von braunen bis schwärzlich-braunen, etwa linsengroßen Flecken und Knötchen, die auf Reiben hyperämisieren und anschwellen. Histologisch dichte Mäntel von Mastzellen um die Blutgefäße. Dauer 18 Jahre. Die Affektion ist als eine naeviforme zu bezeichnen.

Oppenheim möchte die Diagnose Urticaria pigmentosa nicht anerkennen, da der Fall weder klinisch noch histologisch dem gewöhnlichen Bilde dieser Krankheit entspricht. Klinisch ist das Exanthem zu kleinfleckig und zu kleinkörnig. Histologisch fällt O. die geringe Pigmentation und die verhältnismäßig geringe Zahl von Mastzellen auf. Sachs will den Fall klinisch und histologisch zur Urticaria chronica cum pigmentatione rechnen. Oppenheim pflichtet Sachs bei und verweist auf die in Hamburg und Wien schon oft geführten Aussprachen über diesen Gegenstand.

3. **Toxikodermie.** Affektion unter dem Bilde eines Erythema multiforme an den Handrücken. Die seit 4 Monaten bestehenden bullösen Herde heilen im Zentrum mit Hinterlassung von Pigmentierungen, schreiten peripherwärts schubweise mit Blasenringen weiter. Keine Störungen an den inneren Organen. Ätiologie nicht eruierbar.

Aussprache:

Ullmann scheint es hervorhebenswert, daß die Patientin als Prodromalsymptom Jucken und eine quaddelartige Röte angibt. Andererseits entspricht der Sitz der Affektion dem Typus Erythema multiforme Hebra. Die Affektion zeigt also Eigenschaften zweier wesensverschieder Typen. Die Tendenz zur Hämorrhagie und Nekrose zeigt, daß es sich um keinen der beiden Prozesse handelt. U. erinnert an eine Diskussion auf dem Breslauer Kongreß, wo Otto Sachs einen Fall von Erythema figuratum bei einem Manne vorgestellt hat, der in den Abhandlungen auch abgebildet ist. Es war allerdings ein figuriertes Erythem anderer Art, aber die sich anschließende Diskussion, an der sich Kaposi, Pick, Neisser u. a. erfahrene Fachmänner beteiligt haben, zeigte auch die Schwierigkeit der Beurteilung solcher Fälle, in denen verschiedene Kardinal-

Digitized by Google

symptome vereinigt sind. Sachs: Der von mir auf dem Dermatologen-Kongreß in Breslau (1901) demonstrierte Patient zeigte das Krankheitsbild des **Erythema exsudativum** perstans. Unter dieser Bezeichnung ist dasselbe auch von anderen Autoren, so von Darier, anerkannt und in die Literatur übergegangen.

Wertheim: **Urticaria cum pigmentatione.** 1. 53jähr. Frau. Ausschlag seit vier Jahren seit dem Eintritt des Klimakteriums. Linsengroße und etwas größere gelbrote und gelbbraune Flecke an Hals und angrenzenden Teilen der Brust und des Rückens, auf mechanischen Reiz deutlich urticariell werdend. Kein Juckreiz. Histologisch: Pigmentierung. Perivaskuläre Rundzelleninfiltrate, spärliche Mastzellen.

2. **Sklerodermia diffusa.** 29 jähr. Patientin. Typischer Fall. Teleangiektasien im Gesicht. Grundumsatz normal. Kein Anhaltspunkt für innersekretorische Störungen.

Hopfinger: **Lichen ruber planus.**

Urbach: **Angeborene Blepharochalasis.** Bei der jetzt 40 jähr. Frau findet sich im Bereiche beider Oberlider, angeblich seit frühester Kindheit eine außerordentlich verdünnte, unelastische Lidhaut, die in Falten herabhängt. Die Epidermis darüber ist depigmentiert (zeigt nur an einzelnen Stellen Pigmentflecke) und läßt die tieferen Venen bläulichrot durchscheinen. Abweichend von der Norm ist die Heredität (eine Tante zeigt dieselbe Affektion in schwächerem Maße), das Auftreten in frühester Jugend (im allgemeinen wird die Erkrankung erst in der Pubertätszeit manifest), sowie schließlich das Fehlen von vorausgehenden transitorischen Ödemen. Fuss erinnert an eine Patientin, die Riehl am 30. Januar 1921 vorgestellt hat und die auch publiziert wurde (W. kl. W. 1926, Nr. 46). Bei dem 16 jähr. Mädchen zeigte sich ein greisenhafter Gesichtsausdruck infolge zahlreicher mehr minder ausgeprägter Wülste und lockerer, schlaff herabhängender Falten, speziell an Stirn, Augenlidern, seitlichen unteren Wangen- und Halspartien. Der Affektion ging entzündliche Flecken- und Quaddelbildung an den erwähnten Stellen voran. Ein ähnlicher Fall, doch ausgebreiteter, wurde von Dubreuilh beschrieben. Ätiologisch dürften im vorliegenden Falle trophoneurotische, vasomotorische Störungen zugrunde liegen. Die unter der Bezeichnung „loose skin" von Weber mit der Dermatochalasis zusammengefaßte Cutis laxa sive hyperelastica hat mit der Dermatochalasis nichts zu tun, denn bei der Cutis laxa besteht eine abnorm große Dehnbarkeit und Elastizität der Haut ohne strukturelle Veränderungen, bei der Dermatochalasis dagegen Schlaffheit und teilweise Degeneration von kollagenen und elastischen Fasern.

Sußmann: **Spirozid-Exanthem.**

Oppenheim sah bei seinem Material, das mit Stovarsol bzw. Spirozid behandelt wurde, Hautschädigungen sehr selten; sie lassen sich im allgemeinen vermeiden. Der Typus der Hautschädigungen ist der, wie wir ihn von der Salvarsandermatitis her kennen: urtikarielle, lichenoide Eruptionen, seltener Dermatitis. O. beobachtete nur einen einzigen Fall Dermatitis mittelschweren Grades mit vereinzelten, nässenden Stellen und sonst erythematösen Hautveränderungen. Die Dermatitis heilte glatt in einigen Wochen. Die Schädigungen durch Spirozid sind viel geringer als Salvarsan, trotzdem man eigentlich von dem 5-wertigen Arsenpräparat, das noch dazu vom Darm resorbiert wird, eine höhere Toxizität annehmen sollte. Ein Todesfall durch Spirozid ist bisher nicht bekannt geworden, trotzdem es oft unvernünftigerweise unkontrolliert und in großen Dosen eingenommen wird. Scherber hat an seinem Material auch nur verhältnismäßig wenig und zumeist nur geringgradige Erytheme infolge Spirozidbehandlung gesehen. Auffallend war doch ein Fall, der nach 15 Tabletten Spirozid unter hohem kontinuierlichen Fieber und intensivsten Knochen- und Gelenkschmerzen ein universelles Erythem bekam. Nach entsprechenden Pausen wiederholte Spirozidgaben lösten Fieber und Schmerzen, aber statt des Erythems nur sehr heftiges Hautjucken aus. Diese Knochen- und Gelenkschmerzen wurden auch noch bei einem zweiten Fall nach Spirozid beobachtet. Ullmann sah unter etwa 20 mit Spirozid behandelten Fällen nur in einem Falle einen vorübergehenden Wiederausbruch eines im Abklingen begriffenen Neosalvarsanexanthems, doch wurde das Präparat durch Gewöhnung in kleinen und steigenden Dosen dann gut toleriert. Die Toleranz des Präparates dürfte darauf beruhen, daß es ein weniger agressives, pentavalentes As-Präparat ist.

Königstein: **Lichen scrophulosorum.**

Ullmann: **Erythrocyanosis crurum puellarum.** Bei der 38 jähr. Dame sind über dem unteren Drittel beider Waden hellrote, stellenweise lividrote, fast handflächenbreite Infiltrate zu sehen, die seit 3 Jahren bestehen. Die Infiltrate waren viel praller und anfangs juckend, so daß man an Pernio denken muß. Außerdem finden sich an den Hauptpartien des Unterschenkels darüber und auch am Oberschenkel zahlreiche hirse-

Digitized by Google

bis hanfkorngroße Knötchen follikulärer Anordnung, ähnlich wie Lichen pilaris. Es handelt sich um die von Klingmüller 1921 unter dem Namen Erythrocyanosis crurum puellarum beschriebene besondere Form von Pernio. Der Umstand, daß die Affektion von Klingmüller auch bei Kindern und hier von mir an einer erwachsenen Frau beobachtet wird, zeigt schon, daß die Beziehung zum Ovarium und zu endokrinen Drüsen fraglich ist. Auffallend ist, daß die Affektion jetzt häufiger beobachtet wird und früher als besondere Form übersehen wurde. Neuestens ist von verschiedenen Autoren, Mendes da Costa und Klingmüller, auf die follikuläre Beteiligung hingewiesen worden, die sich in meinen bisherigen 3 Beobachtungen auch immer fand. Die zweite meiner Beobachtung betrifft eine 23 jähr. Dame, bei der neben der follikulären Form der Erythrozyanosis an den Oberschenkeln Striae distensae bestehen. Hierbei ist auch die Farbe der Striae durch ausgedehnte Venennetze derzeit noch dunkellivid. Zwischen den Striae lassen sich Netze in der Art der Cutis marmorata verfolgen. U. glaubt, daß gerade hier die Bedeutung des von Ehrmann als Livedo racemosa bezeichneten Komplexes klar wird. Daß die Affektion an den unteren Extremitäten, auch Oberschenkeln, mit demselben Sitz wie der Lichen pilaris häufiger vorkommt als an den Oberarmen, hängt mit der naturgemäßen Stauung in den Hautgefäßen und nicht mit Kältewirkung zusammen.

Stein: **Hartnäckig rezidivierendes Erythema multiforme, geheilt nach Tonsillektomie.** 43 jähr. Patientin, litt vom Jahre 1920—1925 an stets rezidivierendem Erythema multiforme. Sieben schwere Anfälle beobachtet, meist im Frühjahr oder Herbst auftretend. Seit der im Jahre 1925 durchgeführten Entfernung beider Tonsillen kein Anfall mehr.

Fuss: 1. **Pemphigus pruriginosus.** 61 jähr. Mann, Beginn der Affektion vor 6 Wochen an der Brust, allmähliche Ausbreitung auf den übrigen Körper. Dicht gedrängte und zu größeren Plaques konfluierte Flecken und quaddelartige Knötchen, dazwischen auf geröteter, z. T. auch intakter Haut bis linsengroße Bläschen und erodierte, krustenbedeckte Stellen. Lebhafter Juckreiz. Zahlreiche Knötchen mit Blutkrüstchen bedeckt. Temperaturerhöhung abends bis 39,2°, Störung des Allgemeinbefindens, Frösteln, Schlaflosigkeit, Zyt. Blutbild: 11% eosinophile Leukozyten.

2. **Pemphigus vulgaris chronicus.** 68 jähr. Frau, Beginn des Leidens Oktober 1926 mit Blasen im Mund, seit Ende Januar 1927 Ausschlag am Körper. An der Mundschleimhaut derzeit zahlreiche erodierte Stellen mit Eiter und fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Im Larynx trockene, festhaftende Krusten. An der Haut des Stammes, besonders dicht in der hinteren Schweißfurche und Kreuzgegend, linsen- bis münzengroße, hellrote Flecke, vereinzelt Bläschen mit klarem Inhalt und an Stelle in Involution begriffener Effloreszenzen braunrote, vielfach leicht erhabene und epithelisierte bis münzengroße Plaques. An der Vorderseite erodierte, krustenbedeckte Herde. Zyt. Blutbild: 7% Eosinophile. Unter Plasmochintherapie zeigte die Patientin im Gegensatze zu dem Heilerfolge Steins neue Nachschübe und keine Besserung des Leidens. Wegen Zyanose und Magenbeschwerden wurde das Präparat ausgesetzt. Es sei neuerlich zur Vorsicht bei Verabreichung des keineswegs indifferenten Plasmochins gemahnt und an die kürzlich von Eiselsberg aus der Klinik Ortner (W. kl. W. 1927, Nr. 16) berichteten Fälle von Plasmochinvergiftung nach weit geringeren Dosen erinnert.

Kren: Die Wertung der therapeutischen Erfolge bei Pemphigus scheint schwer, da es Fälle selbst von Pemphigus vegetans gibt, die auch spontan langdauernde Remissionen setzen. K. hat derzeit eine Patientin in Beobachtung, die mit Abstoßung sämtlicher Nägel, mit Blaseneruptionen an Mund- und Genitalschleimhaut erkrankt ist und auch vereinzelte Vegetationen um den Mund, in Axillen und im Sulcus genitofemoralis bekommen hat, und dann stand die Eruption ohne Therapie still, alle Nagelplatten bildeten sich wieder neu. Die Vegetationen trockneten z. T. ein, bloß vereinzelte Blasen auf Mund- und Genitalschleimhaut rezidivierten. Scherber: Während Stein bei Pemphigus vegetans, Buschke bei Pemphigus vulgaris mit Plasmochin günstige Resultate hatten, hat Sch. bis jetzt drei Fälle mit Pemphigus vulgaris durch längere Zeit mit ziemlich hohen Dosen Plasmochin behandelt ohne Heilungseffekt. Ja in zwei Fällen trat während der Therapie eine fortschreitende Verschlimmerung ein, so daß nur Zeit für die im allgemeinen nach Sch.s Erfahrungen so wirksame Arsen-Höhensonnentherapie verloren ging.

3. Fuss: **Sklerodermie diffusa und Sklerodaktylie.** 22 jähr. Frau, Beginn der Affektion vor einem Jahr, Gesichtshaut leicht maskenartig verändert. Lidschluß, Mundbewegungen und Stirnrunzeln eingeschränkt, Lippenrot verschmälert. Gesicht, Hals, Thorax

Digitized by Google

und obere Extremitäten schmutzig gelbbraun verfärbt, teilweise fleckig pigmentiert, glänzend, deutlich verdickt. Typische Sklerodaktylie, die Finger in halber Beugestellung fixiert, distalwärts verjüngt. Mundschleimhaut blaß. Die Raphe des Gaumens und das verkürzte Zungenbändchen zeigen leicht sehnigen Glanz. Am Röntgenbilde geringgradige Skelettveränderungen an den Endphalangen. WR negativ, Pirquet ++. Interner und Nervenbefund o. B. Das Serum der Pat. baut nach der modifizierten Abderhaldenschen Abbaureaktion in geringem Grade Thymus, Nebennieren und Ovarien und in stärkerem Grade Thyreoidea und Hypophyse ab. 1% Natr. silicium-Injektionen. Radiumemanationsbäder, Massage bisher ziemlich erfolglos.

Kumer: **Impfung von Kleinkindern mit Bläscheninhalt von Herpes zoster generalisatus.**

Ullmann: Infektionen durch Kontakt mit der Zimmerluft sind schon früher oft beobachtet und beschrieben worden. Nach den demonstrierten Beobachtungen kann ein Zweifel über die infektiöse Natur des Herpes zoster wohl nicht mehr bestehen. Die Theorie des Spätreflexes der Nervenentzündung, wie sie zur Erklärung des Zoster generalisatus noch in dieser Gesellschaft i. J. 1913 von Nobl verfolgt worden ist, ist definitiv aufgegeben. U. hat schon gelegentlich der Vorstellung seines ersten Falles von generalisiertem Zoster (1911) aus den klinischen und epidemiologischen Gesichtspunkten die infektiöse Natur des Zoster vertreten.

Kumer: **Granuloma annulare.** 35 jähr. Patientin. Die Erkrankung besteht seit 3 Jahren. Pat. wurde im Frühjahr 1924 von Ullmann in der dermatologischen Gesellschaft mit einem münzengroßen Herde vorgestellt. Jetzt am rechten Handrücken ein 8 cm im Durchmesser zählender Herd, im Zentrum blaurötlich verfärbt. An den Randpartien halblinsengroße, ziemlich derbe, typische Knötchen. Charakteristischer histologischer Befund.

Aussprache:

Ullmann: Die eigentümlichen Nekrosen, die nicht denen des tuberkulösen Baues entsprechen, hindern vorläufig, die Affektion zu den Tuberkuliden zu rechnen. Dennoch ist es auffällig, wie oft sich bei solchen Personen sichere Tuberkulosherde finden. U. konnte auch die Beobachtung machen, daß der geringe entzündliche Wundprozeß nach Probeexzision fast einen ganzen Ring zum Schwinden brachte, was nicht hinderte, daß andere in der Nachbarschaft wuchsen. Es scheint also, daß die zierlichen Kreisformen doch auch ein besonderes allergisches Phänomen latenter Tuberkulose darstellen.

Riehl jun.: **Trichophytiefälle.** 3 Fälle von Kerion Celsi: 15 jähr. Patient mit Herden in der Hinterhaupt- und Nackengegend, 23 und 27 jähr. Patient mit Herden in der Bartgegend; Herpes tonsurans crustosus des Kapillitiums und Gesichts bei einem 18 jähr. Patienten. Die Seltenheit des Befallenseins der behaarten Kopfhaut nach der Pubertät wird hervorgehoben und ein einschlägiger Fall von Kerion des Kapillitiums, der seinerzeit an der Klinik publiziert wurde, im Bilde gezeigt. Die vier ersten Fälle stammen aus einem Orte im Burgenland, woselbst es durch erkrankte Rinder zu einer Epidemie von etwa 25 Fällen bei den Ortseinwohnern gekommen it. Kultur: Trichophyton gypseum asteroides. Anschließend Demonstration eines 53 jähr. Patienten mit Kerion Celsi der Oberlippe wegen der Seltenheit der Lokalisation.

Aussprache:

Urbach: Hinweis auf die Seltenheit des Kerion Celsi bei Erwachsenen.

Matras: **Ulcera tuberculosa cutis.** 1. 52 jähr. Mann mit einem etwa 3 cm großen, torpiden Geschwür an der linken Hohlhand und einem kleineren solchen an der rechten Fußsohle. Beide Geschwüre zeigten einen leicht livid verfärbten, zackigen, unterminierten Rand und einen mit schmierigen Massen belegten, granulierenden Grund. In dem nach Ziehl-Neelson gefärbten Abstrichpräparat vom Geschwürsbelag reichlich Tuberkelbazillen. Nach kurzer klinischer Beobachtung Exitus letalis infolge ausgebreiteter chronischer Tuberkulose beider Lungen. Histologisch zeigen beide Geschwüre unter einem Belage von Gewebs- und Zelldetritus dichtstehende, von einem lymphozytären Randsaum umgebene, zentral nekrotisch zerfallene und verkäste Knötchen, innerhalb welcher überaus reichliche Tuberkelbazillen nachgewiesen werden konnten.

2. 25 jähr. Mann, mit chronischer Tuberculosis pulmonum, weist in der Analgegend ein $2 \times 1\frac{1}{2}$ cm großes Geschwür mit bläulichrotem, zackigem Rand und schmierig belegtem, warzig höckerigem Grund auf. Exzision in toto. Histologisch überaus reichliche Epitheloid- und Riesenzellentuberkel unter dem oberflächlichen nekrotischen Belag.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL LABORATORIES REMOVED

Kren: **Keratosis disseminata volae et plantae.** 72 Jahr. Patientin, deren dichte Aussaat der Erkrankung zu zahllosen exzessiv ausgewachsenen, etwa 3 cm hohen Cornua-cutanea-ähnlichen Hyperkeratosen geführt hat. Befallen sind Fußsohlen und Handteller gleich dicht. Ein Bruder der Patientin, sowie eine Kusine, deren Tochter und ihre eigene Tochter leiden an der gleichen naeviformen Affektion. Ein Sohn der Patientin ist frei davon.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Réunion Dermatologique de Strasbourg

Sitzung vom 16. Januar 1927

(Bulletin Soc. Franç., Mai 1927, Nr. 5)

Dubreuilh: **A propos du procès-verbal. Sur les lésions interdigitales d'origine mycosique** (Zum Protokoll. Über die interdigitalen Läsionen mykotischen Ursprunges). S. 245. Zu der Mitteilung von Lévy und Sloimovici in der Novembersitzung (Ref. Derm. W., 1927, Bd, 84, S. 597) wird bemerkt, daß die beschriebene Affektion stets mykotischer Natur ist und regelmäßig die Falte zwischen 3. und 4. Finger betrifft, weil hier das Aneinanderliegen und die Mazeration am stärksten ist, während am Fuße die ganz identische Erkrankung sich an den letzten Zwischenräumen findet.

J. Roederer und A. Diss: **Rhabdomyome de la langue chez un spécifique à langue leucoplasique** (Rhabdomyom der Zunge bei einem Syphilitiker mit Leukoplazie der Zunge). S. 247. Neben einer stellenweise etwas verrukösen Leukoplazie der Zunge und leukoplazischen Inseln der Wangenschleimhaut fand sich im vorderen Drittel der Zunge neben der Mittellinie eine kleine, vorspringende, sich derb anfühlende, an der Oberfläche der Papillen beraubte, leicht erodierte Geschwulst; keine Drüsenschwellungen. Die histologische Untersuchung ergab ein Rhabdomyom. Eine degenerierende kongenitale Mißbildung dürfte nicht vorliegen, vielmehr eine Neubildung von wahrscheinlich gutartigem Typus (Fehlen von Zellteilungen).

L.-M. Pautrier, G. Lévy und Sloimovici: **Maladie des vagabonds et mélanodermie généralisée (contribution à l'étude des mélanodermies)** (Landstreicherkrankheit und allgemeine Melanodermie [Beitrag zum Studium der Melanodermien]). S. 249. Ein bereits früher gezeigter sowie ein weiterer Fall; der letztere Patient scheint schon von jeher eine Neigung zu Pigmentbildung gehabt zu haben. Er zeigt eine über den größten Teil des Körpers ausgebreitete Melanodermie, untermischt mit weißen Narben als Rückständen von Läsionen durch Kratzen und Infektionen. Auf der Mundschleimhaut zahlreiche Pigmentflecke. Sehr niedriger Blutdruck. Die histologische Untersuchung eines Pigmentfleckes der Wange ergibt in der Basalschicht zahlreiche verästelte, stark dopapositive Melanoblasten; die zahlreichen Chromatophoren in der Kutis unterhalb der Melanoblasten sind dopanegativ. Es ist also das Melanin die Ursache der durch Ungeziefer bewirkten Melanodermie; die Hyperproduktion des Melanins wird bedingt durch die Vermehrung der Melanoblasten in der Haut und ihr pathologisches Auftreten in der Schleimhaut. Darüber hinaus muß noch ein besonderes Moment hinzukommen, das zu einer Überschwemmung der Haut mit dem Präpigment (Dopa) führt, in welcher Hinsicht man hier mit Rücksicht auf die allgemeinen Hypotensionserscheinungen an den Sympathikus denken könnte.

L.-M. Pautrier, J. Roederer und G. Lévy: **Adénomes sébacés du type Pringle** (Adenome vom Typus Pringle). S. 253. Histologisch finden sich Gefäßerweiterungen und örtliche Vermehrung der Melanoblasten mit enormer Vermehrung der Chromatophoren, die den Gedanken an Beziehungen zu einer naevusartigen Bildung nahelegen. Jedenfalls fehlen adenomatöse Veränderungen.

Digitized by Google

G. Hufschmitt: **Lichen plan guéri par la radiothérapie médullaire. Lichen corné hypertrophique surajouté radio-résistant** (Heilung eines Lichen planus durch Rückenmarksbestrahlungen. Röntgenresistenz des auf seinem Boden entwickelten Lichen corneus hypertrophicus). S. 254. Der Lichen planus war auf die Bestrahlungen wie gewöhnlich zurückgegangen, während Lichen corneus hypertrophicus, der sich einige Tage vor ihrer Anwendung entwickelt hatte, nicht beeinflußt wurde. Es spricht das für die Richtigkeit der Anschauung, daß der Lichen corneus hypertrophicus eine abnorme Lichenifikation darstellt, die infolge des Juckens so wie andere Dermatosen auch Lichen planus kompliziert, aber eine von der primären Affektion unabhängige Hautreaktion bildet. In betreff der Technik wird bemerkt, daß weiter an der Tiefen- oder vielmehr Halbtiefenbestrahlung festgehalten wurde, im Gegensatz zu der von anderer Seite empfohlenen sog. oberflächlichen Sympathikusbestrahlung.

L.-M. Pautrier und A. Weill: **Dermatite chronique atrophiante (Pick-Herxheimer) au stade de début** (Dermatitis chronica atrophicans [Pick-Herxheimer] im Anfangsstadium.) S. 256. Der von Audry ausgesprochenen Ansicht, die Erythromelie-Pick = Akrodermatitis-atrophicans-Herxheimer werde in Frankreich nur anscheinend selten angetroffen, vielmehr nicht richtig erkannt, wird auf das entschiedenste entgegengetreten. In Straßburg ist sie gar nicht so selten, „da man sich da am Rande Zentraleuropas befindet", während sie im Inneren Frankreichs sicher wesentlich seltener ist, da bei den Dermatosen regionäre Verschiedenheiten bestehen. Der noch im Anfangsstadium befindliche Fall hat vor kaum 2 Jahren begonnen, er zeigt das charakteristische blauviolette Erythem über den Knochenvorsprüngen mit beginnender atrophischer Verdünnung der Haut, die aber bereits sich pastös anfühlt. Zeichen von Syphilis bestehen nicht.

R. Glasser und A. Ullmo: **Dermatite chronique atrophique (Pick-Herxheimer)** (Dermatitis chronica atrophicans [Pick-Herxheimer]). S. 260. Der Fall ist schon weiter vorgeschritten als der vorhergehende. Keine Zeichen von Syphilis.

J. Roederer und A. Sloimovici: **Ulcère aigu de la vulve** (Ulcus vulvae acutum). S. 263. Akut aufgetretenes Geschwür an der Innenfläche des rechten großen Labiums, nicht scharfrandig, nach dem Zentrum zu leicht abfallend ausgehöhlt, mit fibrös-eitrigem Exsudat bedeckt, von einem lebhaft rotem Saume umgeben. Das Geschwür hatte sich zunächst unter feuchten Umschlägen überhäutet, war dann unter lanzinierenden Schmerzen wieder aufgetreten. Geringe indolente Leistendrüsenschwellung. Spirochäten negativ; Bacillus crassus positiv, im Vaginalschleim fast in Reinkultur.

Sitzung vom 13. März 1927

J. Roederer: **Résultats de la radiothérapie dans un herpès récidivant de la joue chez une fillette** (Erfolge der Röntgenbehandlung eines rezidivierenden Herpes an der Wange eines kleinen Mädchens). S. 269. Das vor einem Jahre vorgestellte Kind (Ref. Derm. W., 1926, Bd. 83, S. 1426) ist nach Röntgenbestrahlungen fast 1 Jahr lang frei geblieben; jetzt ist wieder ein Rezidiv aufgetreten, das in derselben Weise behandelt werden soll.

L.-M. Pautrier und A. Ullmo: **Tuberculides papulo-nécrotiques des membres supérieurs et inférieurs et tuberculides ulcéreuses des jambes** (Papulo-nekrotisches Tuberkulid der oberen und unteren Extremitäten und ulzeriertes Tuberkulid der Beine). S. 270. Neben den typischen papulo-nekrotischen Tuberkuliden fanden sich an den Beinen ulzerierte Läsionen von unsicherem Aussehen, die histologisch ein unzweifelhaft tuberkulöses Bild boten. Die Kranke bot weitere Zeichen von Tuberkulose, sie wird mit Salvarsan behandelt.

G. Hufschmitt: **Résultats éloignés du traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire** (Die Dauererfolge der Behandlung des Lichen planus mit Rückenmarksbestrahlungen). S. 276. Die Behandlung schützt nicht immer vor Rückfällen, doch scheinen diese geringgradig zu sein. Unter dem Einflusse oberflächlicher Bestrahlungen kann eine Reaktivierung der Krankheit beobachtet werden. Mit Salvarsan sind Heilungen zu erzielen.

A. Dupont: **Granulosis rubra nasi.** S. 278. Die Krankheit hat sich, wie auch in anderen Fällen beobachtet, auf einem tuberkulösem Boden entwickelt. Sehr guter Erfolg von Röntgenbestrahlungen.

L.-M. Pautrier und Glasser: **Lupoides miliaires et tuberculides de la face** (Miliarlupoid und Tuberkulide im Gesicht). S. 280. Der Fall zeigt eine starke Tuber-

Digitized by Google

kulinreaktion und positives Ergebnis der Meerschweinchenimpfung. Der histologische Befund war ein von dem Bilde des Miliarlupoids und des papulo-nekrotischen Tuberkulids abweichender, an Gummen erinnernder, so daß der Verdacht einer mykotischen Erkrankung auftrat. Die Kulturen auf Sporotrichose blieben jedoch ergebnislos und der weitere Verlauf zeigte, daß es sich um tuberkulöse Gummen handelte.

J. Roederer: **Sclérodermie en bande du front** (Sklerodermie en bande der Stirn). S. 284. Die Affektion nimmt genau die Mitte der Stirn ein. Außerdem bestehen an verschiedenen Stellen des Körpers angeborene Vitiligoflecke. Behandlung: Elektrolyse.

A. Boutelier: **Dermite exfoliatrice légère survenue à la suite d'ingestion de 0 gr. 50 de tréparsol, cinq ans après une érythrodermie post-arsénobenzolique. Intolérance aux divers médicaments antisyphilitiques** (Leichte exfoliierende Dermatitis nach Einnehmen von 0,5 g Treparsol, 5 Jahre nach einer Salvarsan-Erythrodermie. Intoleranz gegen verschiedene antisyphilitische Medikamente). S. 285. Die Salvarsanintoleranz nach einmal überstandener Erythrodermie besteht nicht nur gegen die dreiwertigen, sondern auch gegen die fünfwertigen Arsenverbindungen. In dem vorliegenden Falle war der Rückfall 5 Jahre nach der ersten Erythrodermie aufgetreten. Außerdem bestand Empfindlichkeit gegen Wismut- und Quecksilberverbindungen sowie gegen verschiedene Nahrungsmittel, die auf Störungen der Nieren- und Leberfunktion zu beziehen ist und durch eine im Zustande verminderter Widerstandsfähigkeit befindliche Haut begünstigt wird.

L.-M. Pautrier und A. Ullmo: **Ulcérations gommeuses syphilitiques groupées du pli de l'aine** (Gruppierte gummöse syphilitische Ulzerationen der Leistenfalte). S. 289. Die Erscheinungen bei der 16jähr. Kranken sind kongenital-syphilitischer Natur, obwohl der äußere Anblick zunächst nicht dem syphilitischer Gummen entspricht; histologischer Befund, positive WR, Erfolg der Salvarsanbehandlung sichern die Diagnose.

R. Glasser und A. Sloimovici: **Lésions unguéales remarquablement intenses des mains et des pieds, au cours d'une pelade décalvante chez un tuberculeux** (Außerordentlich schwere Nagelveränderungen an Händen und Füßen im Verlaufe einer totalen Alopezie bei einem Tuberkulösen.) S. 293. Der totale Haarausfall hatte sich nach mehrfachen Anfällen begrenzter Alopezie eingestellt. Gleichzeitig fingen die Nägel an schwarz zu werden und sich abzustoßen. Es verbleibt an ihrer Stelle eine unregelmäßig verhornte, gespaltene, zerrissene Substanz. Die Erkrankung der Nägel beruht auf derselben Ursache wie die Alopezie, die eine Allgemeinerkrankung ist; der Fall zeigt die schon öfter betonte Schwere von mit Nagelaffektionen verbundenen Alopezien.

G. Lévy: **Sclérodermie en bande du cuir chevelu** (Sklerodermie en bande des behaarten Kopfes). S. 297. Der Fall ist ausgezeichnet durch daneben vorhandene parenchymatöse Struma und Zeichen von Hypothyreoidismus. Danach soll eine organtherapeutische Behandlung versucht werden.

L.-M. Pautrier und G. Lévy: **Trois cas d'érythro-cyanose symétrique sus-malléolaire** (Drei Fälle von symmetrischer Erythro-Zyanose oberhalb der Malleolen). S. 300. Die Fälle betreffen lymphatische junge Mädchen, es besteht ein skrofulös-tuberkulöses Terrain (obwohl sich histologisch keine tuberkulösen oder auch nur tuberkuloiden Veränderungen nachweisen lassen) nebst endokrinen Störungen. Hervorzuheben ist als bisher nicht genügend beachtet auf dem Boden der erythro-zyanotischen Läsionen das Vorhandensein zahlreicher kleiner Plaques mit lebhafterem Erythem, leichter Turgeszenz der Haut und phlyktänulöser Abhebung.

L.-M. Pautrier und A. Diss: **Sur la constatation d'une lésion nerveuse profonde avec infiltrat tuberculoide péri-nerveux dans un cas de dermatite chronique atrophiante (Herxheimer-Pick)** (Über die Feststellung einer tiefen Nervenveränderung mit tuberkuloidem Infiltrat um den Nerven in einem Falle von Dermatitis chronica atrophicans [Herxheimer-Pick]). S. 309. Eine derartige Feststellung, wie sie bisher noch nicht gemacht worden ist, kann natürlich nicht für weitgehende Schlüsse bezüglich der Ätiologie und Pathogenese der Dermatitis chronica atrophicans verwertet werden, fordert jedoch zu häufigeren histologischen Untersuchungen der tieferen Schichten auf.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Juni 1927, Bd. 20, Nr. 8

Section of Dermatology

Sitzung vom 17. März 1927

W. E. Dixon: **Thallium.** Die Wirkung des Thalliums auf das autonome Nervensystem ist eine ganz einzigartige, indem normale Reize gesteigert werden. Einspritzungen von Thallium bewirken bei allen Tieren, möglicherweise mit Ausnahme von Meerschweinchen Haarausfall; jedoch regen geringe Dosen das Wachstum des Haares an. Mikroskopisch erscheint an den kahlen Stellen die Epidermis ziemlich normal; in der Kutis dichteres fibröses Gewebe, die Talgdrüsenfollikel unverändert. Die Ansammlung epithelialer Zellen ist geringer als normal, die Zellteilungen zeigen keine Abweichungen. Die Unterbrechung des normalen Haarwachstums beruht auf Mangel des Überganges von den großen polygonalen Zellen zu den das Haar bildenden geschichteten Zellen. Die Nervenzellen im Verlaufe der Fasern sind durch das Thallium angegriffen und dadurch die Widerstandsfähigkeit gegen Reize vermindert. Man kann daraus den Schluß ziehen, daß Haarausfall durch Nerveneinflüsse zustande kommen kann, und daß auch bei der Alopecia areata, die häufig mit nervösen Erscheinungen verbunden ist, das autonome Nervensystem eine Rolle spielt. Örtlich übt Thallium keine Wirkung aus.

A. C. Roxburgh: **Demonstration of the Detection of Ringworm Hairs on the Scalp by their Fluorescence under Ultra-violet Light** (Demonstration des Nachweises von Trichophytiehaaren auf dem Kopf durch ihre Fluoreszenz in ultraviolettem Lichte). Untersuchung mit dem Woodschen Filter (dunkelviolettes, Nickeloxyd enthaltendes Glas). Normale Haut und Haare fluoreszieren dabei nur sehr wenig, Trichophytiehaare hingegen glänzend mit grünlichem Licht. Man kann mit der Methode nachweisen, ob die Epilation mit Thallium oder Röntgen eine vollkommene ist oder ob noch Stümpfe von kranken Haaren vorhanden sind. E. Levin-Berlin.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 6

The Place of Erythema Nodosum in Medicine (Die Stellung des Erythema nodosum in der Medizin), von G. F. Walker. S. 241. W. tritt der vielfach herrschenden Ansicht entgegen, Erythema nodosum sei eng mit Rheumatismus verbunden; in 16 aufeinanderfolgenden Fällen von Erythema nodosum, die genau beobachtet wurden, hat er niemals einen Zusammenhang mit Rheumatismus, Endokarditis und Chorea finden können. Weiterhin wird die Frage untersucht, ob Erythema nodosum eine akute spezifische Infektion darstelle und W. möchte diese Frage für etwa die Hälfte der Fälle bejahen: die Inkubationszeit dieser „leichten" akuten Infektionskrankheit beträgt etwa 14 Tage. Das Exanthem tritt dann in gleichartiger, genau umschriebener Form auf. Rückfälle sind gewöhnlich, die Rekonvaleszenz oft gefährdet (durch Komplikationen). Die Krankheit ist häufiger im Frühjahr und Herbst, betrifft fast nur jugendliche und häufiger weibliche als männliche Individuen. Außer diesen als selbständige Krankheit anzusehenden Fällen kommt Erythema nodosum als Vorläufer von Erythema induratum (Bazins Krankheit), sicher im Zusammenhang mit Tuberkulose und bei Überempfindlichkeit gegen manche Medikamente, wie Akonit, Jod, Brom vor. Erythema nodosum ist also in sehr vielen Fällen kein eigenes Krankheitsbild, sondern die Begleiterscheinung verschiedener Krankheitszustände. Umfangreiche Literaturangaben.

A Simple Form of Sudorimeter (Eine einfache Form eines Schweißmessers), von P. B. Mumford. S. 256. M. konstruierte einen Apparat, der für die Messung des von der Hand ausgeschiedenen Schweißes dient; die Hand wurde gewählt, weil sie am leichtesten zugängig ist, die größte Anzahl von Schweißdrüsen pro Quadratzentimeter enthält und die größte Menge Schweiß pro Quadratzentimeter Haut absondert. Der Apparat besteht aus einem Glaszylinder zur Aufnahme der Hand, der an einem Ende mit zwei vorher gewogenen, Schwefelsäure enthaltenden Glasröhren und am anderen mit einem ganz dünnen, den Vorderarm fest umschließenden Gummiärmel verbunden ist; letzterer wiederum steht mit einer kleinen, ebenfalls Schwefelsäure enthaltenden Glas-

Digitized by Google

flasche in Verbindung. Durch eine in dieselbe führendes Röhrchen wird ein ständiger Luftstrom über die Fläche der Hand zugeführt; nach Ablauf von 10 Minuten wird die Gewichtszunahme in den zwei kleinen Glasröhren notiert — was nun den Schweißverlust der Hand bedeutet. Bei einer Reihe von etwa 100 derartigen Untersuchungen liegt beim erwachsenen Mann diese Zahl zwischen 30—60 g in 10 Minuten, bei der Frau etwas niedriger.

Two Cases of a Chilblainy Condition of the Legs Somewhat Resembling Erythema Induratum; Also a Case of Erythema Induratum for Comparison (2 Fälle eines Frostbeulen ähnlichen Zustandes der Beine, einigermaßen Erythema induratum ähnelnd, ein weiterer, zum Vergleich dienender Fall von Erythema induratum), von F. P. Weber-London. S. 259. Die beiden ersten Fälle, junge Frauen im Alter von 25 und 27 Jahren betreffend, zeigten an beiden Beinen, gerade oberhalb der Schuhe große subkutane, von purpurroter Haut bedeckte Schwellungen, die mit Jucken vor etwa 4 Monaten begannen und späterhin schmerzhaft waren. Im dritten Falle handelte es sich um ein 18jähr. Mädchen, das eine Anzahl mäßig großer subkutaner Knoten an beiden Beinen zeigte, welche 3 Jahre vorher zuerst auftraten und allmählich an Umfang zunahmen; die Pirquetsche Reaktion außerordentlich stark, sonst keine Erscheinungen von Tuberkulose, W. erklärt diesen Fall für ein genuines chronisches Erythema nodosum tuberkulöser Art. Im Anschluß an diese Fälle kommt W. zu dem Schlusse, daß die moderne Frauenkleidung mit kurzen Hemden, Schuhen und dünnen Strümpfen eine wichtige Rolle bei der Entstehung dieser chronischen Frostbeulen ähnlichen Zustände der Unterschenkel, die oft mit Erythema induratum oder nodosum verwechselt werden, spielt. Vielleicht können diese Zustände bei prädisponierten Personen die Entwicklung eines wirklichen (tuberkulösen) Erythema induratum begünstigen. W. beobachtete übrigens, daß Mädchen und junge Frauen mit chronischen Frostbeulen der Beine keineswegs immer zu gewöhnlichen Frostbeulen an Händen und Füßen disponiert sind.

M. Stern-München.

Mitteilungen aus der Literatur

Maligne Neubildungen

The Treatment of Rodent Ulcers Near the Eye (Die Behandlung des Ulcus rodens in der Nähe des Auges, von Z. Cope. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3464, S. 959.) Der Verf. empfiehlt die Exzision weit im Gesunden mit nachfolgender Transplantation gesunder Haut in den Defekt. Zur Fixation des Transplantates verwendet er Plastilin oder Modellierton. Gute Heilerfolge ohne kosmetische Schädigungen.

J. Callenberg-Horst-Emscher.

Die Veränderungen im histologischen Bau der Krebsgeschwulst nach Durchtrennung der dieselbe versorgenden sensiblen Nerven und über den Einfluß dieser Neurotomie auf den Verlauf verschiedener pathologischer Prozesse, von N. N. Ssokolow, Chir. Kl. d. Staatsinst. f. med. Wissensch. in Leningrad. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 202, H. 4, S. 270—277.) Zur Nachprüfung der von Molotkoff aufgestellten Hypothese von der neuritischen Entstehung des Krebses und seines Vorschlages der Behandlung durch Neurotomie der entsprechenden sensiblen Wurzeln und Nerven wurde diese Operation an Fällen von Krebs 22mal, Sarkom 5mal, akuter Osteomyelitis, spontaner Gangrän, starker Neuralgie nach Kniereseküon, Röntgengeschwüren und -ekzemen je einmal ausgeführt. Ein Einfluß auf das Wachstum des Krebses blieb in einigen Fällen völlig aus, in anderen wurde es durch Schwächung der Widerstandsfähigkeit des Organismus angeregt. Starke Schmerzen schwanden meist wenigstens vorübergehend, so daß die Operation aus dieser Indikation bei sonst inoperablen Fällen in Betracht kommen kann. Ferner tritt bei schlaffen, nicht zur Heilung neigenden Geschwüren schnelle Überhäutung ein, der allerdings nicht selten Rezidive folgen. Für die neuritische Hypothese der Entstehung des Krebses spricht nichts; nach Möglichkeit ist an frühzeitiger radikaler Operation festzuhalten.

E. Levin-Berlin.

Zur Einwirkung des elektrischen Stromes auf Epithel- und Krebszellen, von E. Delbanco-Hamburg. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 24, H. 6, S. 524.) Die Einwirkung des elektrischen Stromes auf die Epithelzellen der Haut kennzeichnet sich im histologischen Bilde durch eine Langstreckung der Zellen des Stratum spinosum, die in

Digitized by Google

paralleler Anordnung zu langen Fäden ausgezogen sind, ohne daß irgend eine Spur von Zerstörung oder sonstiger degenerativer Veränderung erkennbar wäre. Die gleichen Veränderungen der Zellstruktur ließen sich an den Krebszellen eines rezidivierenden Mammakarzinoms feststellen, das vorher, nur scheinbar im Gesunden, mittels Kaltkaustik umschnitten worden war. Es zeigte sich, daß die neu erschienenen Krebsknoten, deren Zellen histologisch die gekennzeichneten gestreckten Formen aufwiesen, sehr bald schrumpften und sich zurückbildeten. Das Karzinom ist seitdem zu einem Stillstand gekommen. Verf. wirft die Frage auf, inwieweit diese morphologisch veränderte, im Rahmen des Organismus verbleibende Krebszelle für diese von irgend welcher biologischen Bedeutung ist, was auch für die durch Röntgenstrahlen geschädigte bzw. umgestimmte Krebszelle gelten könnte. Es wäre denkbar, daß eine solche potenzgeminderte Krebszelle einen ähnlichen Einfluß auf die Immunkräfte ausübt wie ein infektionsgeschwächter Bazillus bei seiner Impfung auf den infizierten Organismus. Es käme dann darauf an, im Rahmen der krebsigen Wucherung einen Teil der Krebszellen ihrer Potenz zu entkleiden bzw. in ihrer Potenz zu schwächen, um dadurch die Immunwirkung des Organismus zu erleichtern bzw. erst in Gang zu setzen.

B. Peiser-Berlin.

Zur Biologie des Karzinoms. IV. Mitteilung, von F. Silberstein, J. Freud, T. Révész und B. Schneid, Inst. f. allg. u. exper. Path. Wien. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1927, Bd. 55, H. 1/2, S. 56.) In Fortsetzung früherer Versuche, wonach experimentell erzeugte Mäusetumoren durch Insulin sich beeinflussen lassen, haben Verff. nun Mäuse zum Zwecke der Geschwulstbildung der üblichen Teerpinselung unterzogen und gleichzeitig mit Insulin behandelt. Es tritt dabei eine Hemmung des beabsichtigten Teereffektes ein, indem 1. eine Anzahl von Mäusen tumorfrei bleibt oder zu einer Zeit tumorfrei stirbt, da die Kontrolltiere schon mehr oder weniger große Tumoren tragen und 2. die Lebensdauer der Insulintiere — wenn sie die Behandlung überdauert haben — viel länger ist als die der Kontrollen. Unterzieht man ferner Mäuse, die infolge einer entsprechenden Teerbehandlung kleine Wärzchen tragen, gleich nach Auftreten derselben einer protahierten Insulinbehandlung, so wird die Weiterentwicklung dieser Wärzchen gehemmt. Behandelt man Mäuse, die mit einem in 100% angehenden Karzinomstamm geimpft worden sind, mit Insulin, so wird die Tumorbildung gehemmt. Dies zeigt sich darin, daß a) einige Mäuse dauernd tumorfrei bleiben, b) ein relativ großer Teil der Tiere tumorfrei zu einer Zeit stirbt, wo die Kontrolltiere bereits mehr oder weniger große Tumoren tragen; c) bei einem mehr oder weniger großen Teil der Tiere die Tumoren nach anfänglicher Wachstumshemmung außerordentliche Größe erreichen, dabei aber von den Trägern anscheinend gut vertragen werden, da deren Lebensdauer eine viel längere ist als die der Kontrolltiere. Durch Kombination von Insulin mit geeigneten Mengen Dioxyazeton (Oxantin) läßt sich der Insulineffekt verbessern.

M. Stern-München.

Versuche, inoperable Karzinome mit Insulin zu behandeln. V. Mitteilung, von F. Silberstein, J. Freud und T. Révész, Inst. f. allg. u. exper. Path. Wien. (Zschr. f. d. ges. exper. Med., 1927, Bd. 55, H. 1/2, S. 78.) Fast alle (18) Karzinompat., die Verff. mit Insulin behandelt haben, befanden sich in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Sie reagierten mit wenigen Ausnahmen schon nach einigen Tagen mit deutlicher Besserung des Allgemeinbefindens und des Kräftezustandes. So deutlich dieser Erfolg festzustellen war, so schwer schien es, die Einwirkung auf den Tumor selbst zu beurteilen. In einigen Fällen hat die hart an der Toleranzgrenze sich haltende Insulinbehandlung ein Weiterwachsen des Tumors für längere Zeit hintangehalten, in anderen auch eine Verkleinerung des Tumors bzw. seiner Metastasen und Demarkierung gegen die Umgebung feststellen lassen; aber Einschmelzung von Tumormassen von erheblichem Umfang war nur durch direkte lokale Injektion (von mittleren Dosen = 60—100 Einheiten) zu erzielen. Im Verlaufe der Insulinbehandlung inoperabler Karzinompat. zeigte sich bedeutendes Schwanken der Blutzuckernüchternwerte: Perioden sehr hoher Nüchternwerte und dann wieder Rückkehr zur Norm. Aus der Summe der hier gemachten Erfahrungen ergibt sich, daß die Insulintherapie ihr Bestes bei Fällen leisten wird, die an der Grenze der Operabilität stehen und die unter Insulinwirkung operabel werden. In zweiter Linie kommen dann Karzinomfälle in Betracht, die marantisch sind und deren Allgemeinbefinden sich — bei stationärem Lokalbefund — so weit bessert, daß sie sich wohl fühlen und eventuell arbeitsfähig werden. In diesen Fällen muß die Insulinbehandlung entweder, wie bei schwerem Diabetes, dauernd weitergeführt oder langsam abgebrochen werden, und nicht zu lange Intervalle dürfen die einzelnen Behandlungs-

Digitized by Google

perioden voneinander trennen. Schließlich könnte die Insulinbehandlung nach Radikaloperationen zur Verhütung von Rezidiven und Hebung des Allgemeinbefindens von Nutzen sein. Beigabe von Oxantin und eventuell Ergotamin (zur Erhöhung des Sympathikustonus) dürfte zweckmäßig sein. Literaturverzeichnis. M. Stern-München.

Der Einfluß der Vitaminschäden auf die Entstehung bösartiger Neubildungen, von R. Erdmann, E. Haagen und K. Börnstein-Berlin. (D. m. W., 1927. Nr. 19, S. 796.) Die bisherigen Versuche sprechen dafür, daß die angewandte Ernährung, über die in einer späteren Arbeit berichtet werden wird, die Entstehung von Tumoren begünstigt. Immerhin bleibt die Möglichkeit bestehen, daß es sich um eine zufällige Häufung von Spontantumoren gehandelt hat. F. Harry-Wiesbaden.

Über experimentellen Bauchfellkrebs bei Ratten, von F. Hesse-Duisburg. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 6/7, S. 367.) Die Ausbeute der subkutanen Verimpfung von Flexner-Jobling-Tumor schwankt zwischen 40 und 80%. Nach intraperitonealer Injektion von 1—2 ccm Tumorbrei entsteht in einem hohen Prozentsatz eine Peritonitis carzinomatosa, die der des Menschen sehr ähnlich ist. Es bilden sich nach 19—50 Tagen, in der Bauchhöhle unregelmäßig verteilt, hirsekorn- bis haselnußgroße Knötchen. Die stärksten Veränderungen zeigen sich im großen Netz, das in eine kompakte Geschwulstmasse verändert wird. Weiter finden sich Veränderungen auf dem Mesenterium, im kleinen Becken, am Zwerchfell, in der Nierengegend, in den Lymphdrüsen, selten in der Lunge. In etwa 80% der Fälle bildet sich Aszites, der nach intraperitonealer Injektion (3/4—1 ccm) wiederum Peritonitis carcinomatosa hervorzurufen vermag und nach subkutaner oder intramuskulärer Einverleibung Geschwulstknoten in der Haut bzw. Muskulatur erzeugt. Der Aszites besitzt somit dieselben Eigenschaften wie Tumorbrei. Krebsiger Aszites, durch Bakterienfilter geschickt oder auf 56° erhitzt, ist unwirksam. Das gleiche ist der Fall nach 18tägigem Aufenthalt im Brutschrank. F. Harry-Wiesbaden.

Sur la culture indéfiniment prolongée in vitro de cellules carcinomateuses (Über die unbegrenzt fortgesetzte Kultur von Krebszellen in vitro), von A. Fischer. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1118—1119.) Im Gegensatz zu normalen und anderen pathologischen Geweben war die Kultur von Säugetiergeweben und Krebszellen außerhalb des Organismus bisher nur für eine Zeit von Tagen bis zu einigen Wochen gelungen. Eine im Prinzip unbegrenzte Kultur (bisher 2 Monate) von neoplastischem Gewebe von Mäusekarzinom gelingt in einem Nährboden von Ratten- und Hühnerplasma mit embryonalem Saft oder Proteosen, auf dem man in die Nähe des krankhaften Gewebes ein Stückchen lebendes oder totes Gewebe (Muskel usw.) von der Maus oder eine Fibroblastenkultur vom Huhn bringt. Die Karzinomzellen wuchern dann in dem normalen Gewebe wie ein Epitheliom, sie bewahren ihre Malignität; eine einzige Kultur genügt, um durch Inokulation bei einer gesunden Maus einen tödlichen karzinomatösen Tumor zu erzeugen. Die Krebszellen scheinen durch Synthese auf Kosten des heterologen Materials ihr Zytoplasma zu bilden. E. Levin-Berlin.

Beitrag zu den Gewebsveränderungen nach Teerpinselung, von A. Korényi-Budapest. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 2, S. 383.) Durch Steinkohlenteerpinselung gelang es, am Ohre cholesteringefütterter Kaninchen unter 10 Fällen einmal neben den bekannten malignen Epithelwucherungen gestielte Geschwülste zu erzeugen, welche sich histologisch als weiche Fibrome erwiesen. Verf. leitet daraus den Schluß ab, daß der bestimmende Einfluß für den Geschwulstcharakter nicht dem einwirkenden Reiz, sondern der reagierenden Zelle zukommt. E. Schröpl-Prag.

Experimentelle Untersuchungen über atypische Wucherungen des Hautepithels. Atypische Epithelwucherungen bei aseptischer, durch Kieselgur hervorgerufener Entzündung, von W. G. Garschin-Leningrad. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 24, H. 6, S. 492.) Durch subkutane Injektion einer Kieselguraufschwemmung gelingt es, ein entzündliches Granulationsgewebe mit Riesenzellen zu erzeugen, das durch eine fibröse Schicht vom Epithel der Haut getrennt ist. Unter besonderen Versuchsbedingungen ist es möglich, das Epithel in unmittelbare Berührung mit dem Granulationsgewebe zu bringen. Dieses Resultat wird nach Hautexzision häufiger beobachtet als nach einfacher Injektion einer Kieselguraufschwemmung. Es spielen dabei wohl verschiedene Umstände eine Rolle, wie die Tiefe des Infiltrats, die Dicke der Haut sowie die Eigenschaften des darunter gelegenen Gewebes. So wurden niemals in den Fällen, wo unter dem Epithel fibröses Gewebe lag, Epithelwucherungen beobachtet; dagegen bildete in allen Fällen, wo sich unter dem Epithel Granulationsgewebe befand, das Epithel atypische Wucherungen, welche in die Tiefe dieses Gewebes eindringen. Die zapfen-

Digitized by Google

förmigen Auswüchse des Epithels umfassen die Granulomzellen, die zugrunde gehen und es kommt zur Bildung von richtigen Hornperlen und Epithelzysten, wobei die Zellen ihren ehemaligen Charakter verlieren. Gegenüber dem Krebs besteht trotz einiger formaler morphologischer Ähnlichkeiten ein bedeutender qualitativer bzw. biologischer Unterschied. Die Versuche zeigen jedenfalls, daß durch Anwesenheit von Granulationsgewebe unter dem Epithel dasselbe zu atypischen Wucherungen angereizt wird.

B. Peiser-Berlin.

Recherches sur l'immunisation contre la formation des métastases du cancer expérimental du goudron (Untersuchungen über die Immunisierung gegen die Metastasen des experimentellen Teerkrebses), von J. Fibiger und P. Moeller. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 18, S. 1463—1466.) Von 293 weißen Mäusen, deren Rückenhaut alle 2 Tage mit Teer gepinselt wurde, erhielten 150 außerdem in Pausen von höchstens 3 Wochen, beginnend frühestens am 19. Tage bis spätestens zum 137. Tage nach der ersten Pinselung an der Bauchwand subkutane Einspritzungen einer sterilen Emulsion der Haut von Mäuseembryonen. Bei den Mäusen, die höchstens 2 Monate lebten, zeigten sich an der Haut seit Beginn der Pinselungen keine oder nur geringe Veränderungen, niemals Papillome oder Krebs; bei den 2—3 Monate überlebenden unter 13 gespritzten und 9 nichtgespritzten je ein Fall von Krebs; dieser ferner bei der Hälfte von 20 bzw. 18, die 3—4 Monate, bei dem größeren Teil von 28 bzw. 11, die 4 bis 5 Monate und sämtlichen übrigen 94 bzw. 82, die länger gelebt hatten. Es trat also bei 81% der gespritzten und bei 74,4% der nichtgespritzten Mäuse Krebs auf, so daß den Einspritzungen ein Einfluß auf die Entstehung des experimentellen Teerkrebses *nicht* zugeschrieben werden kann. Hingegen betrug die Zahl der Metastasen bei den gespritzten Tieren nur ungefähr die Hälfte der bei nichtgespritzten beobachteten (30% gegen 60%), und zwar war die Zahl der Metastasen am geringsten, je näher man sich der Periode der Behandlung befand. Außer dem Prozentsatz zeigte sich auch der Umfang der Metastasen verringert. Der Einfluß der Einspritzungen auf ihre Entwicklung ist also ein offensichtlicher.

E. Levin-Berlin.

Cause of Growth of Sarcoids or Oil Tumors (Ursache des Wachstums der Sarkoide oder Öltumoren), von M. T. Burrows und L. H. Jorstad-St. Louis. (J. Am. m. Ass., 1926, Bd. 88, Nr. 19, S. 1460.) Auf Grund von Tierexperimenten und der gründlichen Beobachtung eines hier genau beschriebenen Falles stellten Verff. fest, daß einmal die durch Injektion von allerlei Ölen entstehenden Tumoren solchen durch Röntgen und Radium erzeugten in ihrer Struktur gleich sind. Diese Tumoren können bei normaler Diät jahrelang ruhen und beginnen plötzlich schnell zu wachsen, wenn die Individuen eine salz- und vitaminarme Diät zu sich nehmen. Reichliche Fütterung mit vitaminreicher Kost bringt die Tumoren wieder zu ihrem Ruhestandpunkt schnell zurück. Mensch- und Tierexperiment stimmen genau miteinander überein.

H. Colman-Berlin.

Au sujet du sarcome de l'arsenic de Fischer (Über das Arsensarkom Fischers), von A. Carrel. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1121—1124.) Durch Behandlung der Kulturen der Milz von Hühnerembryonen mit verdünnter Lösung von Arsenpentoxyd erhielt Fischer ein fusozelluläres Sarkom, das, auf Hühner geimpft, sich örtlich weiter entwickelte und nach Auftreten von Lungenmetastasen den Tod bewirkte. Dieses Sarkom besitzt gewisse Unterschiede von dem Rousschen und sonstigen Arsensarkomen; es verdaut sehr schnell das Koagulum, auch muß, um die Kultur lebend zu erhalten, öfters frisches Plasma und normales Gewebe hinzugefügt werden. Hühner, denen Stücke von diesen Tumoren überimpft waren, starben nach frühestens 16 Tagen, so daß die Malignität eine geringere zu sein scheint als bei den anderen genannten experimentell erzeugten Sarkomen. Ein weiterer Unterschied von ihnen besteht darin, daß die Übertragung durch einen gefilterten Extrakt (filtrierbares Virus) zwar auftreten kann, aber nicht konstant ist.

E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 39 (Bd. 85) 24. September 1927

Aus der Univ.-Hautklinik Gießen (Direktor: Prof. Dr. Jesionek)

Über Sproßpilzbefunde bei pemphigusartigen Erkrankungen

Von

Dr. W. Engelhardt

Mit 6 Abbildungen im Text

Ätiologie und Pathogenese des Pemphigus vulgaris und des als Dermatitis herpetiformis Duhring bezeichneten Krankheitsbildes sind bei Anlegung eines strengen Maßstabes auch heute noch als volkommen ungeklärt zu betrachten. Unter der großen Fülle der als Erreger dieser Blasenerkrankungen der Haut beschriebenen Lebewesen fällt es auf, daß Sproßpilze keinerlei Erwähnung finden, obwohl derartige Beobachtungen bei den vieltausendfach angestellten kulturellen Untersuchungen des Blaseninhaltes sicher gemacht worden sind. Sie sind wohl als zufällige Verunreinigungen aufgefaßt und deshalb überhaupt nicht angeführt worden. Diese eigentümliche Tatsache wird von Ullmann ausführlich gewürdigt in seiner Arbeit „Über einen Fall von chronisch-akuter-aphthöser Mundschleimhautaffektion (Oidiomykose) bei einer 58jährigen Pemphiguskranken". Ullmann hält die Möglichkeit für gegeben, daß symbiotisch mit Spalt- oder Sproßpilzen vorkommende Bakterien, wahrscheinlich ultravisible, als ätiologische Faktoren in Betracht kommen können. Er hebt die große Ähnlichkeit der Folgezustände von Schleimhautsoor und Schleimhautpemphigus hervor und betont die Schwierigkeit, die sich jeweils darbietenden Erosionen einmal als Pemphigus, das andere Mal als Soorinfektion zu erkennen. Der identische Gang und Verlauf der Sooraffektion mit dem des Schleimhautpemphigus wird betont: beide nehmen ihren Weg von der Mundhöhle, dem Rachen und den Tonsillen über die hintere Rachenwand, die Choanen und die Nase durch die Tränenwege zu den Konjunktiven. Ullmann gelingt es, aus den Schleimhauterosionen des Mundes einen Sproßpilz zu züchten, dagegen bleiben die Kulturversuche aus Hautblaseninhalt und Blut ergebnislos. Die Ullmannschen Ausführungen veranlassen mich, einen vor 2 Jahren beobachteten Fall einer pemphigusartigen Erkrankung zu veröffentlichen, bei dem der Nachweis von Sproßpilzen und die große klinische Ähnlichkeit mit einer Mykose (Abb. 1) die Diagnosestellung sehr erschwerte. Da über die ätiologische Rolle der Hefepilze besonders bei oberflächlichen Hauterkrankungen von Erwachsenen in vielen Fällen berechtigte Zweifel bestehen, lasse ich den in vieler Hinsicht sehr lehrreichen Fall ausführlich folgen.

Digitized by Google

Vorgeschichte. Die Eltern und eine Schwester der 16jährigen Patientin leben und sind gesund. Ein Bruder und eine Schwester sind im Säuglingsalter gestorben, die Todesursache ist unbekannt. An Kinderkrankheiten wurden Masern, Keuchhusten und Diphtherie überstanden. Im übrigen will die Patientin nie ernstlich krank gewesen sein. Die Regel trat mit 13 Jahren ein, regelmäßig alle 4 Wochen, ohne Beschwerden, mäßige Blutung von 5—6 Tagen Dauer. Über Haut- oder Geschlechtskrankheiten in der näheren Verwandtschaft ist der Patientin nichts bekannt.

Im 10. Lebensjahre trat bei der Patientin zum erstenmal ein Hautausschlag auf. Der Ausschlag soll dem jetzigen ähnlich gewesen sein, dabei waren die Unterschenkel, die Gürtelgegend und die Handinnenflächen ergriffen. Es seien Blasen von Halbhaselnußgröße mit zuerst hellem, später weißlichem Inhalt vorhanden gewesen. Nach 2 Monaten Salbenbehandlung sei der Ausschlag vollständig geheilt worden, die Haut wieder glatt wie vor der Erkrankung. Das Allgemeinbefinden war damals kaum gestört.

Abb. 1. Vorderansicht der Patientin 4 Wochen nach der Aufnahme in die Klinik

Jetzige Erkrankung. Vor 3 Jahren trat am linken Unterschenkel eine „dicke, rote Stelle" auf, die wie ein Schnakenstich aussah und ungefähr die Größe eines Zehnpfennigstückes hatte. Die Stelle juckte stark und wurde von der Patientin aufgekratzt. Darauf entstanden in der Umgebung erbsengroße Blasen, die mit einer wasserhellen Flüssigkeit gefüllt waren. Auch diese Blasen juckten stark und wurden zerkratzt. Der zugezogene Arzt verordnete Höhensonne und Salbenverbände, die jedoch keine Besserung herbeiführten. Die Haut wurde immer röter und belegte sich mit gelben Krüstchen. Die Krankheit griff weiter um sich und befiel im Laufe von 6 Monaten den ganzen Unterschenkel und eine handtellergroße Stelle am linken Oberschenkel. Patientin ging dann weiter zu verschiedenen Ärzten, die mit feuchten Verbänden, Bestrahlungen und Salbeneinreibungen vorübergehend einen Rückgang der Erscheinungen erreichen konnten; es traten jedoch nach vorübergehender Besserung immer wieder neue Blasen und Bläschen auf. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkt Patientin die Erscheinungen auch am rechten Unterschenkel und in der Knöchelgegend. Seit 6 Wochen sind Herde auch an Bauch und Rücken aufgetreten, die jedoch in den letzten Tagen wieder spontan abheilten. 1923 kommt die Kranke in einer Universitäts-Hautklinik zur Behandlung. Dort trat zwar eine Besserung, aber keine vollständige Heilung ein. Patientin wird am 10. VII. 1925 in die Gießener Hautklinik als pemphigusverdächtig eingewiesen.

Befund. Kräftig entwickeltes Mädchen in gutem Ernährungszustand, sichtbare Schleimhäute gut durchblutet.

Rachenorgane: Hypertrophische Tonsillen, besonders rechts, Gebiß gut, Zunge feucht, nicht belegt. An den übrigen Mundschleimhäuten keinerlei Veränderungen.

Lunge: Über der ganzen Lunge reines Bläschenatmen, nirgends Nebengeräusche, Klopfschall o. B., Grenzen normal, Lungenränder gut verschieblich.

Herz: Grenzen nicht verbreitert, Töne rein, Aktion regelmäßig.

Digitized by Google

Abdomen: Weich, nicht aufgetrieben, nirgends druckempfindlich, keine abnormen Resistenzen. Milz und Leber nicht fühlbar.

Reflexe: Patellarreflexe beiderseits stark gesteigert, angedeuteter Patellarklonus. Hornhaut- und Würgereflex abgeschwächt, jedoch deutlich vorhanden.

Drüsen: Die Leistendrüsen sind in rosenkranzartiger Anordnung bis Erbsengröße geschwollen, deutlich fühlbar und leicht druckschmerzhaft. Außer diesen keine fühlbaren Drüsen.

Spezieller Status der äußeren Bedeckungen: Die behaarte Kopfhaut, der Hals, die Achselhöhle, die Brust bis zur Brustwarzenhöhe, die oberen Extremitäten, die Glutäalgegend, die Regio pubis, die Oberschenkel und die Fußsohlen zeigen eine gut durchblutete Haut von normaler Farbe und Konsistenz. Kopfhaare, Achsel- und Schamhaare sind dicht und fein, von blonder Farbe. Die Gesichtshaut ist fleckig gerötet und zeigt vereinzelte, an die Follikel und Drüsenausführungsgänge gebundene Eiterbläschen. Die Lidränder sind ebenfalls gerötet, die Hornhaut zeigt keine Besonderheiten, ebensowenig die Mund- und Nasenschleimhäute. Im rechten äußeren Gehörgang finden sich weißliche, gequollene Epithelfetzen und gelbliche Krusten, die mit scharf nach außen begrenztem Rand gegen die gesunde Umgebung abschneiden und einen deutlichen, schmalen, abgehobenen Epithelsaum erkennen lassen.

Abdomen: Auf nicht merkbar veränderter Haut sieht man miteinander in Verbindung stehende Herde von Pfennigstück- bis Handtellergröße, die in ihrer Gesamtheit die ganze Unterbauchseite einnehmen und bogenförmige, eigentümlich gyrierte Begrenzungslinien aufweisen. Das Zentrum der meisten Einzelherde ist hellbräunlich pigmentiert und zeigt eine ganz geringe trockene kleienartige Schuppung. Die Ränder sind in einer Breite von etwa $^1/_2$—1 cm stark gerötet oder mit einer gelben Serumkruste belegt. An anderen scheinbar jüngeren Herden sind die Ränder an der Peripherie hochrot und geschwollen, während die innere Randzone eine unterminierte, leicht mit dem Finger wegstreifbare, dünne Epidermisfranse aufweist. In der Nabelgegend sieht man auf der pigmentierten Haut, also offenbar an Stelle früherer Veränderungen, eine etwa markstückgroße, schlaffe Blase, deren eitrig getrübter Inhalt sich im unteren Teil der Blase angesammelt hat. Daneben findet sich eine ähnliche Effloreszenz, deren Zentrum jedoch eingerissen ist und nach Abstreifung der locker aufliegenden Blasendecke einen hochroten, nässenden Grund zutage treten läßt. Kreisrunde Herde — an den abhängigen Bauchpartien isoliert stehend — zeigen an der Peripherie bis hanfkorngroße, meist eitrig getrübte Bläschen. Ihr Zentrum weist noch angetrocknete Epithelreste und gelbbräunliche Exsudatmassen auf. Im gesamten affizierten Gebiet finden sich nur vereinzelte Kratzeffekte. Die Flächen, an denen die Mammae der Bauchhaut anliegen, nässen stark und sind bedeckt mit weißlichen, gequollenen Epithelmassen auf hochrotem Grund. In der Umgebung vereinzelte kleine Eiterbläschen, die wie ausgesät aussehen. Zwischen den Brüsten bemerkt man vereinzelte rote, leicht verkrustete, kleine Herde von Hanfkorn- bis Pfennigstückgröße mit stark hyperämischem Rand.

Rechter Unterschenkel: Die Haut des Unterschenkels ist vom Knöchel bis zur Grenze zwischem oberem und mittlerem Drittel hochrot verfärbt und stark nässend. Die Grenzen nach oben und unten sind scharf, bogenförmig und zeigen neben einer peripheren roten Zone eine zentral gelegene, gequollene, abgehobene, mazerierte Epithelschicht. In die hochrote Partie eingestreut finden sich Bläschen, teils serösen, teils eitrigen Inhalts von Stecknadelkopfgröße. Viele Bläschendecken sind im Zentrum geplatzt; nach deren Entfernung sieht man unter der mazerierten Haut Substanzverluste von etwa 1 mm Durchmesser. Außerdem sieht man auf dieser geröteten Haut kreissegmentartige Bildungen, die mit Krusten bedeckt sind oder sehr stark nässen und ebenfalls einen kragenartigen Epithelsaum erkennen lassen. Sehr starker, übler Geruch.

Linker Unterschenkel: Es finden sich die gleichen Erscheinungen wie am rechten Unterschenkel, jedoch nehmen sie hier auch das obere Drittel vollständig ein. Auf dem Fußrücken finden sich auf normaler Haut zwei einzelstehende, hanfkorngroße, mit seröser, gelblicher Flüssigkeit gefüllte, prallgespannte Bläschen mit durchsichtiger, dünner Blasendecke. Nach Aufstechen entleert sich der Inhalt völlig, die Blase kollabiert in toto.

Blutbild:	**Erythrozyten**	4300000	Neutrophile	L.	70,5%
	Leukozyten	6800	Eosinophile	„	8,5%
	Hämoglobingehalt	82%	Mononukleäre	„	3,0%
	Polynukleäre	L. 82%	Lymphozyten		18,0%

Urin: Ohne pathologischen Befund. WR und MR negativ! NICOLSKY negativ!

Digitized by Google

Das eigentümliche, an eine Pilzerkrankung erinnernde Aussehen besonders der größeren serpiginösen Herde und der kleinen miliaren Pustelchen gab Anlaß zu ausgedehnten mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen, die das Vorhandensein von Hefen in einem großen Teil der Effloreszenzen sicherstellten.

Mikroskopische Untersuchungen

In der Schuppenfranse und im steril entnommenen Blaseninhalt finden sich im Kalilaugenpräparat rundliche, lichtbrechende Gebilde, die bei Gramfärbung sich als teils rote, teils blaue rundliche Körperchen darstellen lassen. Während sich in den Schuppen außer diesen Formen vereinzelte Sproßformen finden (mit Ölimmersion betrachtet), bemerkt man im Blaseninhalt — besonders von ganz jungen Blasen — bei Färbung nach Giemsa rundliche bis ovale, schwachrosa gefärbte Gebilde, die im Inneren größere und kleinere (1—10) dunkelblauviolett gefärbte, scharfbegrenzte Körperchen enthalten, welche eine Struktur nicht erkennen lassen. Ab und zu finden sich in Leukozyten eingeschlossene Hefeformen mit deutlicher Sproßbildung. In den eitrig getrübten Blasen finden sich außerdem noch Staphylokokken und kleine gramnegative Stäbchen. Die beschriebenen korpuskulären Elemente legen den Verdacht einer durch hefeähnliche Pilze hervorgerufenen Erkrankung nahe. Es werden Kulturen auf den für Pilze gebräuchlichen Nährböden angelegt, und zwar diente als Kulturausgangsmaterial seröser wie eitriger Blaseninhalt, fein zerzupfte Blasendeckenteilchen und kleine Schüppchen, die frisch entstandenen Effloreszenzen entnommen wurden. Während aus dem Inhalt seröser Blasen Sproßpilze in Reinkultur gezüchtet wurden, war der Inhalt eines großen Teiles ganz frischer Blasen kulturell vollkommen steril, obwohl die beschriebenen, mit Hefen die größte Ähnlichkeit besitzenden Körperchen in großer Zahl im Giemsapräparat aufgefunden wurden. Der eitrig getrübte Blaseninhalt und die Hautteile zeigen außer Sproßpilzen noch vereinzelte Kolonien Staphylococcus aureus und gramnegative feine Stäbchen. Das Blut erwies sich bei der kulturellen Untersuchung, auch unmittelbar vor und nach akuten Ausbrüchen, als steril. Die Therapie beschränkt sich zu Beginn der Behandlung auf Verabfolgung von Mixtura acida, um die Entwicklung des Krankheitsbildes beobachten zu können.

Krankheitsverlauf

Trotz Anwendung einer großen Zahl für den Blasenausschlag und die Mykose angegebener Behandlungsmethoden (Bäder, Tummenolammonium, Salben und Pasten, Salvarsan, Jodkali, Auto-Vakzinekur mit dem gezüchteten Hefestamm usw.) konnte eine dauernde Besserung nicht erzielt werden. Während der 4monatigen Klinikbehandlung war die Patientin nie völlig frei von Hauterscheinungen. Ausbrüche, die große Teile der Körperoberfläche ergriffen und oftmals stärkeres Nässen verursachten, aber nur mäßige subjektive Beschwerden auslösten, erfolgten ungefähr alle 14 Tage. Dabei war es auffallend, daß die schon einmal affizierten Hautgebiete mit Vorliebe immer wieder ergriffen wurden, während die nichtpigmentierten Hautpartien während der meisten Anfälle freiblieben.

Digitized by Google

Besonders heftig waren die Ausbrüche 1—2 Tage vor der Periode. Die Kranke nahm während ihres Krankenhausaufhaltes an Gewicht zu und zeigte ein verhältnismäßig sehr gutes Allgemeinbefinden. Vorübergehend waren auch die Konjunktiven der Augenlider und die Lippenschleimhäute Sitz kleiner Blasen. Die Prüfung der Jodkaliüberempfindlichkeit durch Auflegen eines Gazetupfers mit 50% iger Jodkalivaseline ergab nach 24 Stunden blasige Abhebung der betreffenden Hautpartie. Der Blaseninhalt erwies sich kulturell als steril, obwohl im Giemsapräparat „hefeähnliche Körperchen" nachgewiesen werden konnten. Mit Sicherheit kann nicht behauptet werden, daß die innerliche Verabreichung von Jodkali in hohen Tagesdosen (bis zu 9,0 g wegen der Hefeinfektion) zu einer Verschlechterung geführt hat, da neue Effloreszenzen auch ohne Jodkali fast jeden Tag beobachtet wurden. Nach einer Mitteilung des behandelnden Arztes war auch bis Juni 1926 eine Änderung im Krankheitsbild noch nicht eingetreten. Eruptionsfreie Intervalle wechselten ab mit Hauterscheinungen, die mehr oder weniger große Partien des Körpers befielen. Das Allgemeinbefinden war immer noch sehr gut. Die in den ersten Tagen der Klinikaufnahme völlig indifferent gehaltene Therapie erlaubte eine einwandfreie Beobachtung des Entwicklungsganges der einzelnen Hauteffloreszenzen. Aus einem kleinen auf leichtgeröteter Haut aufschießenden zugespitzten Knötchen entwickelt sich innerhalb mehrerer Stunden ein Bläschen, das entweder rein serös oder sofort eitrig ist. Die anfangs miliaren Bläschen vergrößern sich zu Hanfkorn- bis Halberbsengröße unter eitriger Trübung ihres Inhaltes und Schlafferwerden der Blasendecke. Diese reißt dann ein und läßt einen hochroten, nässenden Grund zutage treten. Während unter dem randwärts noch haftenden Blasenrest der Prozeß serpiginös weiter fortschreitet und das Epithel unterwühlt, beginnt im Zentrum eine zarte, rosarote Epithelisierung. Nach 4—6 Tagen trocknet auch die Epithelkrause der Ränder der Herde unter Krustenbildung ein, und das Zentrum heilt unter leichter Pigmentierung vollständig ab. In jedem der beschriebenen Stadien kann eine völlige Rückbildung erfolgen, während an anderen Stellen — besonders an den pigmentierten, also schon einmal befallenen — neue Herde aufschießen bzw. sich weiter entwickeln, um schließlich zu landkartenartigen Effloreszenzen zusammenzufließen, die Brust, Bauch, Rücken oder andere Körpergegenden völlig bedecken können und an sich berührenden Körperpartien zu hochgradigem Nässen führen. Die Ränder der polizyklisch begrenzten Herde sind teils stark urtikariell oder nur hyperämisch, teils zeigen sie vollkommen unveränderte Haut. Neben diesem typischen Entwicklungsgang beobachtet man zuweilen herpetiform angeordnete, juckende, pralle, rein seröse Bläschengruppen, die in wenigen Stunden hervorschießen und ebenso schnell wieder verschwinden, desgleichen ab und zu eine Urtikariaquaddel, die ein ähnliches Verhalten zeigt. Während urtikarielle Erscheinungen und die schnell verschwindenden Blasengruppen wohl als Effloreszenzmorphen einer Dermatitis herp. DUHRING zu deuten sind, ist die Entscheidung über die Ätiologie aller andersartigen Hauterscheinungen schwer zu fällen. Wenn ULLMANN die Ähnlichkeit der Residuen von Schleimhauterscheinungen von Soor und Pemphigus betont, so möchte ich aufmerksam machen auf die große Ähnlichkeit des Entwicklungsganges

Digitized by Google

vieler Hauteffloreszenzen der Dermatitis herp. DUHRING bzw. des Pemphigus mit denen einer durch Hefe- oder Soorpilze hervorgerufenen oberflächlichen Mykose. Krankheitsbild, Gutartigkeit und Verlauf sprechen für die Diagnose: Dermatitis herp. DUHRING! Bedenkt man jedoch, daß Hefe- bzw. Soorpilze in der Lage sind, besonders beim Säugling ganz ähnliche Krankheitsbilder hervorzurufen (Soormykose der Säuglinge. IBRAHIM und BECK), so verdient die Frage nach der ätiologischen Bedeutung der gefundenen Hefeart den Versuch einer Beantwortung.

Bevor ich auf diese Frage eingehe, soll über die gefundenen Sproßpilze das Wichtigste gesagt werden. Ihre Züchtung gelang leicht auf

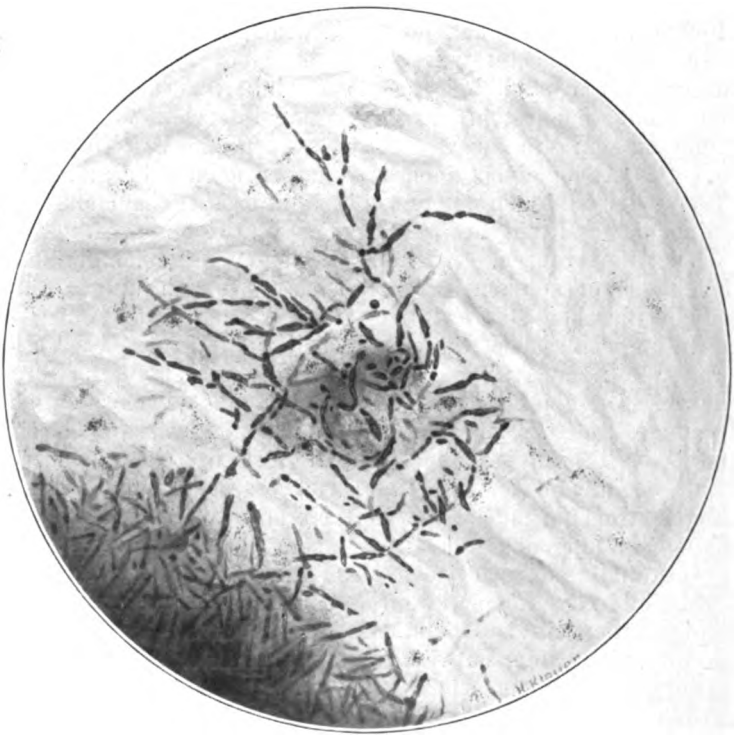


Abb. 2. Kaninchenniere 48 Stunden nach intravenöser Injektion von Kryptokokken (Typus BUSSE-BUSCHKE). Körnchengruppen bei Giemsafärbung rot, Pilzschläuche blau

den Grützschen Nährböden bei Zimmertemperatur. Die nähere Untersuchung ergab eine Hefe vom Typus „BUSSE-BUSCHKE", also einen asporogenen Kryptokokkus ohne Myzelien oder Myzelanlage in der Kultur. Im Tierversuch wächst die Hefe in den inneren Organen unter Bildung von kleinen Abszessen zu Fäden aus. Die uns von der BUSCHKEschen Klinik zur Verfügung gestellte Kulturhefe „BUSSE-BUSCHKE" verhielt sich in den Parallelversuchen genau ebenso, so daß eine Schilderung der Merkmale [1]) und der im reichlichen Maße angestellten Tierversuche unter-

[1]) Siehe hierüber Referat von BUSCHKE und ROSENBAUM im Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskht., Bd. 13.

Digitized by Google

bleiben kann. Ich möchte nur auf einige Abbildungen hinweisen, die nach mikroskopischen Präparaten angefertigt wurden. Abb. 2 stellt die Niere eines Kaninchens 48 Stunden nach intravenöser Injektion der von uns gezüchteten Kryptokokken dar. Die gleichen Bilder erzielten wir mit Hefe „BUSSE-BUSCHKE". Es fällt hier das vollkommene Fehlen jeglicher runder Hefeformen auf. Höchstwahrscheinlich sind die Körnchengruppen, die über das ganze Präparat zerstreut sind und sich nach GIEMSA rot färben, Reste der vom Organismus getöteten und abgebauten Hefezellen. Diese Annahme liegt mir nahe, weil ich bei intrakutaner Injektion abgetöteter Hefen im Eiter der kleinen Hautabszesse mit der Giemsa-

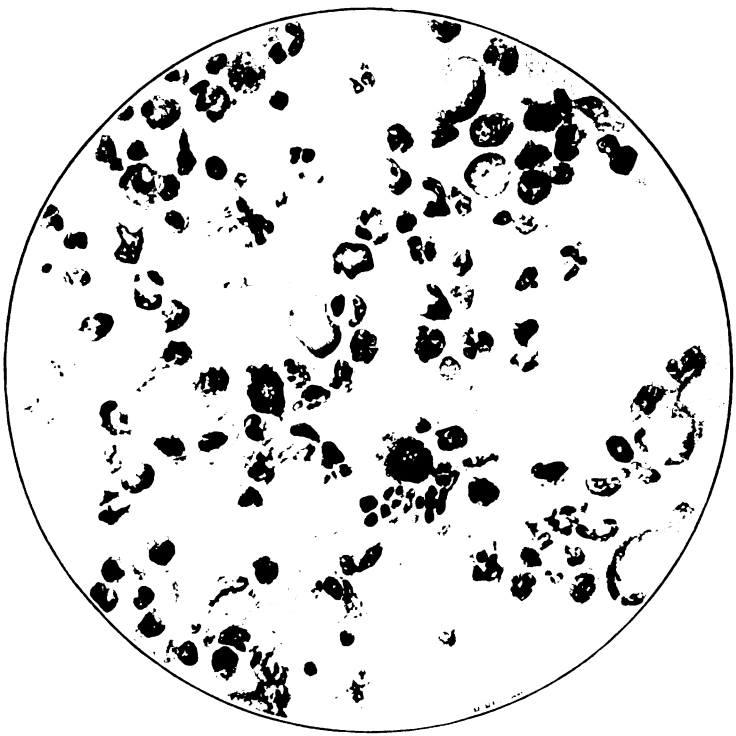


Abb. 3. Links und rechts der Bildmitte in Leukozyten eingeschlossene abgetötete, nach GIEMSA rot gefärbte Hefeformen mit wabigem Bau

färbung nachweisen konnte, daß die Hefezellen (Abb. 3 und 4) — in Leukozyten eingeschlossen oder auch freiliegend — sich nicht schön homogen blau oder blaurot färbten wie lebende Zellen (Abb. 4a und b), sondern eine wabige Struktur zeigten und eine ungleichmäßig rote Farbe (Abb. 4c, d) annahmen, um dann schließlich in rote Körnchen völlig zu zerfallen (Abb. 4e, f).

Bei den Kulturversuchen fiel mir auf, daß gerade der Inhalt junger und jüngster Blasen, dessen Ausstriche im Giemsapräparat eine große Menge „hefeartiger Körperchen" enthielten, stets vollkommen steril blieb. Die Züchtung einer Hefe gelang nur, wenn die eine oder andere eine

Digitized by Google

deutliche Sprossung zeigende Form mitüberimpft wurde. Die daraufhin des öfteren versuchte Züchtung aus den isolierten, „hefeähnlichen Körperchen" (Einzellkultur) fiel stets negativ aus, während die Beobachtung in Sprossung befindlicher Formen stets zu positiven Ergebnissen führte. Entweder handelte es sich also um nicht mehr vermehrungsfähige, bzw. um nicht auf den benutzten Nährböden wachsende Hefeformen, oder um zwei voneinander verschiedene Dinge. Einige dieser Körperchen gebe ich in Abb. 5 u. 6 wieder. An dieser Stelle möchte ich nur so viel sagen,

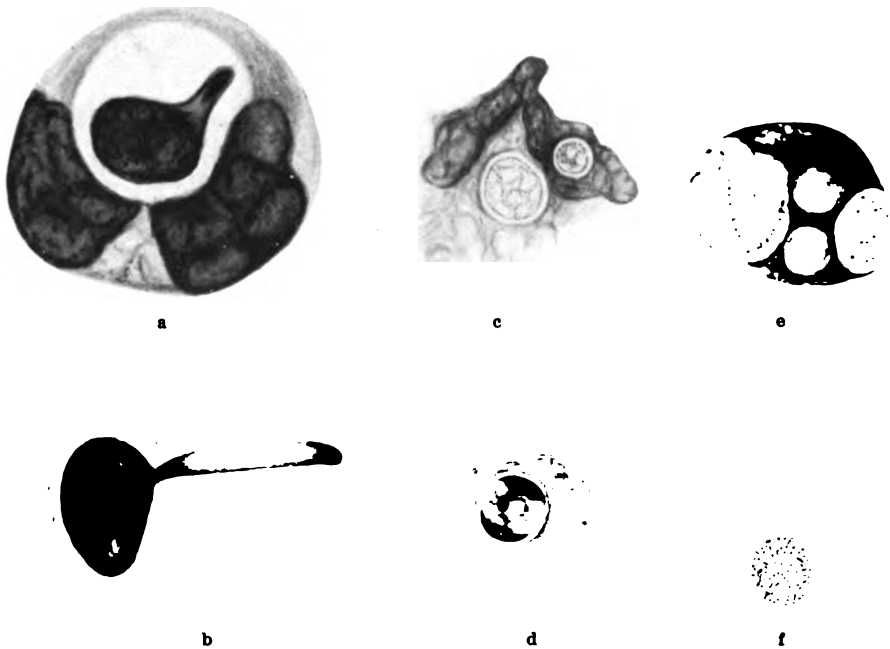


Abb. 4

a) In Leukozyten eingeschlossene sprossende Hefeform, nach Giemsa blau färbbar. b) Freiliegende sprossende Hefeform, nach Giemsa blau färbbar. Beide Bilder stellen Typen lebender, in der Einzellkultur fortzüchtbarer Hefezellen dar. c) Leukozyt in Zerfall mit kleiner wabiger Hefeform im Kern und größerer im Protoplasma, nach Giemsa rötlich färbbar. d) Freiliegende Hefeform mit nach Giemsa rot färbbarem Zellinhalt. e) Beginnender körniger Zerfall von zwei größeren in ein weißes Blutkörperchen eingeschlossenen Hefezellen, die mit Giemsalösung nur noch schwach rötlich färbbar sind, während die Körnchen sich leuchtend rot hervorheben. f) Freiliegende Hefezelle vollkommen in körnigem Zerfall; Körnchen rot, übriger Zellkörper nach Giemsa nicht darstellbar. c—f stellen Typen toter Hefezellen dar, die in der Einzellkultur ein Fortpflanzungsvermögen nicht mehr zeigen

daß einige Autoren den unseren sehr ähnliche Körperchen bei Sproßpilzerkrankungen beschreiben, so z. B. Arzt [1]), der sie auch abbildet und als „kleine, hefeartige Gebilde" bezeichnet. Nochmals betonen möchte ich, daß die Körperchen sich deutlich von normalen Epithelien und Leukozytenformen unterscheiden lassen (Abb. 5 u. 6). Schwieriger, ja fast unmöglich scheint mir dagegen die morphologische Trennung von pathologisch veränderten Zellen, wie sie sich z. B. im Inhalt von Zosterblasen

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 148, H. 3.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORIES TO BE REMOVED

vorfinden. Soweit die Abbildung des Zosterblaseninhalts im KYRLESchen Lehrbuch einen Vergleich mit den von uns beschriebenen Körperchen gestattet, scheint es sich um morphologisch gleiche Gebilde zu handeln. Auch JANOWSKI[1]) hat im Eiter künstlich erzeugter Abszesse ähnliche Zellen beschrieben, die er als Zerfallsprodukte von Leukozytenkernen nach vorausgegangener Nekrose aufzufassen geneigt ist. Die genaueren Untersuchungen über die Natur dieser Gebilde werde ich demnächst an anderer Stelle veröffentlichen.

Aus unserer Diagnosestellung geht hervor, daß wir der gezüchteten Hefe in bezug auf ihre Ätiologie keine allein ausschlaggebende Rolle zugestanden haben. In dieser Ansicht bestärkt wurden wir einmal durch die Tatsache, daß der mikroskopische Nachweis und die Züchtung der Hefen aus jungen und jüngsten Blasen sehr oft versagten, dann aber auch durch den positiven Ausfall des Jodkalireizversuches. Es war jedoch wissenswert, ob und inwieweit sich ein Einfluß der Sproßpilze auf das klinische Krankheitsbild und auf eine eventuelle Umstimmung des Organismus geltend gemacht hat. Um darüber Aufschluß zu erhalten, wurde eine Reihe von Versuchen angestellt, über die ich kurz berichten möchte.

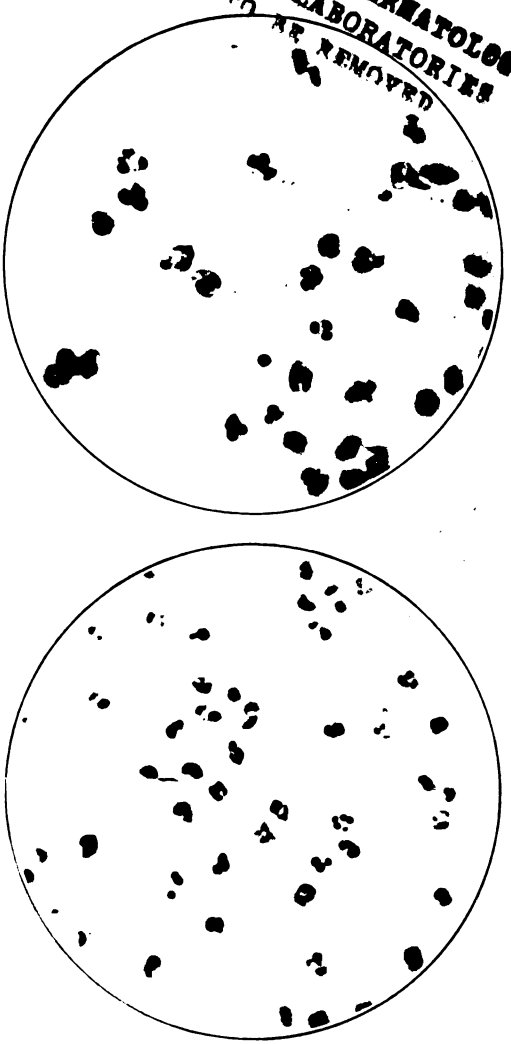


Abb. 5 und 6. Mikrophotographie des nach GIEMSA gefärbten Blaseninhaltes. „Hefeähnliche Körperchen" mit tiefdunkelblauen, strukturlosen Einschlüssen von den Leukozyten deutlich unterscheidbar. (Leitz Öl-Im. $^1/_{12}$a, Periplan-Okular 12X)

Impfversuche

Sowohl auf der pigmentierten Haut der Patientin (an Stelle früherer Herde) als auch auf bisher verschonter von normalem Aussehen, wurden Impfungen vorgenommen, teils perkutan, teils intrakutan, mit Blaseninhalt (eitrig

[1]) Arch. f. experiment. Pathol. und Ther., 1895.

Digitized by Google

und serös) und mit Hautschüppchen (nur perkutan). An allen Impfstellen zeigen sich die beschriebenen, für das Krankheitsbild charakteristischen Effloreszenzen — auf gerötetem Grund kleine, rote Stippchen, die sich im Verlaufe von 24—48 Stunden zu hellen, serösen Bläschen entwickeln; der Blaseninhalt wird am dritten Tage eitrig, erreicht Hanfkorngröße, die Blasendecke platzt, am fünften Tage zeigt sich eine pfenniggroße, hochrote Hautpartie mit dem beschriebenen Epithelkragen. Die Stellen heilen nach 8 Tagen spontan ab ohne Hinterlassung einer Narbe oder Pigmentierung. Aus den künstlich erzeugten Hauteffloreszenzen läßt sich neben Staphylokokken eine der beschriebenen völlig gleiche Hefe züchten. Im Ausstrich finden sich sowohl in den serösen als auch in den eitrigen Bläschen Sproßformen und die erwähnten hefeähnlichen Körperchen. Um nun entscheiden zu können, ob die Sproßpilze, die Staphylokokken oder die traumatische Schädigung allein für die Entstehung der Hauteffloreszenzen verantwortlich zu machen waren, wurden Impfungen nach Art der Ponndorf-Impfung an unserer Patientin angestellt und zwar:

a) mit dem gezüchteten Sproßpilz,

b) mit dem gezüchteten Staphylokokkus,

c) mit dem bei 120° C sterilisierten, getrockneten und fein pulverisiert in physiol. Kochsalzlösung aufgeschwemmten Hautschuppenmaterial.

Die Staphylokokkenimpfung führt nach 24 Stunden zur Bildung von drei hanfkorngroßen Eiterbläschen, die am zweiten Tage schon wieder eintrocknen und nach 72 Stunden unter Hinterlassung eines roten Fleckes abgeheilt sind. Im Eiterausstrich werden jedoch vereinzelte hefeartige Körperchen gefunden. Das sterile Hautschuppenmaterial führt nur zur traumatischen Reaktion. Erst am sechsten Tage entsteht hier an der makroskopisch nicht veränderten Impfstelle eine Gruppe von serösen, hanfkorngroßen Bläschen mit kulturell sterilem Inhalt, die stark jucken, nach 24 Stunden jedoch eintrocknen und spurlos verschwinden. Im Inhalt sind die eigentümlichen Zellelemente ebenfalls nachweisbar, jedoch keine Hefen. Dieser Versuch wurde fünfmal an verschiedenen Körperstellen — jedoch mit negativem Erfolg — wiederholt; die Entstehung der Herpesgruppe muß also wohl als Zufallsbefund gedeutet werden. Ganz anders fielen die Impfungen mit dem Sproßpilz aus. Nach 12 Stunden schießen unter leichtem Jucken an der Impfstelle hanfkorngroße, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Bläschen auf stark gerötetem Grund hervor. Nach 24 Stunden schon sind die Bläschen eitrig; einige sind geplatzt, die Impfstelle ist leicht geschwollen und gerötet. Der aus den geplatzten Blasen entleerte Eiter hat zur Bildung neuer Effloreszenzen geführt, die Pfennigstückgröße erreicht haben. Nach zwei Tagen sind die Bläschen größtenteils zusammengeflossen und haben die Epidermis in Form einer markstückgroßen, schlaffen Blase abgehoben. Die Blasendecke platzt, die Haut darunter ist hochrot nässend: der Prozeß geht unter einer randständigen Epithelkrause weiter, während das Zentrum trocken wird und sich mit dünner rosaroter Epidermis überdeckt. Im Blaseninhalt finden sich neben Hefen mit vereinzelten sprossenden Formen auch die wiederholt erwähnten, aber nicht züchtbaren Körperchen. Die Kultur auf Maltoseagar gleicht in allen Einzelheiten der Aus-

Digitized by Google

gangskultur und wird als Reinkultur erhalten. Diese Hauteffloreszenzen, die dem ursprünglichen Krankheitsbild gegenüber hinsichtlich Entwicklung und klinischem Aussehen kaum Unterschiede zeigen, heilten nach sechs Tagen unter Hinterlassung eines Pigmentfleckes spontan ab. Mit diesem dreimal mit gleichem Erfolg wiederholten Versuch war erwiesen, daß der von uns gezüchtete Sproßpilz bei der Patientin imstande ist, ein dem ursprünglichen gleiches Krankheitsbild hervorzurufen. Über die ätiologische Rolle war damit für sämtliche Effloreszenzmorphen des Krankheitsbildes noch nichts Sicheres gesagt, da wir ja trotz eifrigen Suchens in vielen jungen Blasen keine einwandfreien Hefen — weder im Präparat noch in der Kultur — auffinden konnten, mit Ausnahme jener schon erwähnten „hefeähnlichen Körperchen", die gerade vorzugsweise in den jungen Blasen in großer Zahl durch die Giemsafärbung nachgewiesen wurden. Auch nach dem sich über Jahre hinziehenden Krankheitsverlauf schienen mir Sproßpilze als alleinige Erreger des Krankheitsbildes nicht wahrscheinlich — es wäre denn, daß eine Überempfindlichkeit des betreffenden Individuums gegen die ubiquitären Sproßpilze angenommen würde. Die Haut müßte dann schubweise auf die Pilze mit einem akuten Ausbruch reagieren, was immerhin im Bereiche der Möglichkeit liegt, wenn man sich der Hartnäckigkeit und der häufigen Rezidive bei manchen oberflächlichen Hefeerkrankungen erinnert. Die Umstimmung des menschlichen Organismus durch Sproßpilze ist noch zu wenig geklärt, um die angedeutete Möglichkeit einer Überempfindlichkeit mit Sicherheit ausschließen oder behaupten zu können. Durch vergleichende intrakutane Injektionen mit verschiedenen abgetöteten Hefe- und Soorstämmen konnten wir einwandfrei feststellen, daß die erkrankte Patientin auf 10 Millionen Keime in 0,1 ccm mit einer viel stärkeren Entzündung reagiert als die normale Versuchsperson — im ersten Fall handtellergroße Rötung und Schwellung mit beginnender blasiger Abhebung über der Einstichstelle, bei den Kontrollpersonen höchstens pfennigstückgroße Rötung, meist überhaupt nichts! Die wiederholt vorgenommene Prüfung der Agglutinationskraft des Krankenserums zeigt Spontanagglutination in den Kontrollröhrchen. Bei den Komplementablenkungsversuchen zeigten sämtliche Sera mit dem verwendeten Extrakt Eigenhemmung. Dagegen gelang uns die Feststellung, daß die pigmentierte, also schon einmal erkrankte Haut auf die zu gleicher Zeit verabfolgte gleiche Dosis abgetöteter Hefen in der gleichen Zeitspanne mit einer doppelstarken Entzündung reagiert (Impfstelle: rechter und linker Oberschenkel). Wenn wir daraus den Schluß ziehen müssen, daß die schon früher erkrankten Hautpartien eine noch stärkere Überempfindlichkeit zeigen als die Normalhaut, so möchten wir auch aus dieser Feststellung keine allzu weitgehenden Folgerungen ziehen. Aus naheliegenden Gründen konnten wir Impfungen mit lebenden Hefen an unserem Krankenmaterial in größerem Maßstabe nicht vornehmen. In den 3 Fällen, in denen eine der PONNDORFschen entsprechende Impfung mit lebenden Hefen gemacht wurde, kam es nach 24 Stunden zur miliaren Bläschenbildung entlang der Impfstriche. Aus dem Bläscheninhalt konnte die Ausgangskultur gezüchtet werden. Die Bläschen trockneten sehr bald ein und hinterließen nur kleine, trockene Schuppenfransen um gerötete Flecke, die nach 4 Tagen

Digitized by Google

ebenfalls ohne Pigmentierung verschwanden. Der Impferfolg unterscheidet sich also in Stärke, Dauer und klinischem Aussehen wesentlich von dem bei unserer Patientin und spricht für die Überempfindlichkeit der Haut gegen Hefen und Soorstämme in dem beobachteten Krankheitsfall. Injiziert man jedoch lebende Hefe mit der Kanüle in die tieferen Hautschichten, so entstehen sowohl bei unserer Patientin als auch bei den Versuchspersonen kleine Granulationsgeschwülste mit beginnender intraepithelialer Bläschenbildung.

Zusammenfassung

Es wird ein zur Pemphigusgruppe gehörender Krankheitsfall mit gutartigem, aber äußerst chronischem Verlauf eingehend geschildert. Die Ähnlichkeit des klinischen Krankheitsbildes mit pustulösen Formen gewisser Hefe- und Soormykosen gibt Anlaß zu eingehenden bakteriologischen Untersuchungen, in deren Verlauf in fast allen Effloreszenzen sowohl kulturell züchtbare Hefen, als auch nur im gefärbten Präparat sichtbare „hefeähnliche Körperchen", deren Natur nicht restlos geklärt werden kann, nachweisbar sind. Die Versuche zum Nachweis antikomplementärer oder agglutinierender Stoffe im Blute ergeben keinen verwertbaren Befund. Auch die Blutkultur fällt negativ aus. Dagegen gelingt es bei der Kranken, sowohl mit Blasendecken und Blaseninhalt, als auch mit dem gezüchteten Hefestamm ein vom ursprünglichen nicht unterscheidbares Krankheitsbild durch die Impfung nach der Ponndorfschen Methode hervorzurufen. Kontrollversuche an Gesunden unterscheiden sich in Stärke, Dauer und Aussehen wesentlich von dem Impferfolg bei der Patientin. Die Ursache dieses unterschiedlichen Verhaltens ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die im Laufe der Zeit eingetretene allergische Umstimmung des Gesamtorganismus zurückzuführen, da die Haut der Kranken gegenüber Hefe- und Soorpilzen hochgradige Überempfindlichkeit zeigt. Diese erreicht ihren höchsten Grad in pigmentierten, schon einmal erkrankt gewesenen Hautpartien. Die Frage, ob die gefundenen Hefen als alleiniges, ursächliches Moment in Betracht kommen, kann mit Sicherheit nicht beantwortet werden. Trotz dafür sprechender Befunde glauben wir nach Anamnese und Krankheitsverlauf, nach dem Ausfall des Jodkalireizversuches und dem keineswegs konstanten Hefebefund in jungen Blasen annehmen zu müssen, daß die Mykose sich einer Dermatitis herp. Duhring zugesellt hat. Die durch dieses Krankheitsbild gesetzten Läsionen der Hautdecke ergaben einen günstigen Boden zur Ansiedlung der ubiquitären Hefen, die im Laufe der Zeit zu einer Überempfindlichkeit des gesamten Hautorgans führten. Beide Krankheitsbilder zeigen so ähnliche Einzeleffloreszenzen, daß ihre Unterscheidung durch den Aspekt unmöglich ist. Damit ist erwiesen, daß Hefepilze unter Umständen in der Lage sind, auch auf der äußeren Haut ein dem Pemphigus bzw. der Dermatitis herp. Duhring überaus ähnliches Krankheitsbild hervorzurufen. Die Beobachtung bildet eine willkommene Ergänzung der Ullmannschen Ausführungen in der eingangs erwähnten Arbeit.

Digitized by Google

Aus der dermatologisch-venerologischen Abteilung (Leiter: Dr. S. GLAUBERSOHN) der Zentralpoliklinik des Ukrainischen Roten Kreuzes in Kiew

Sarcomatosis cutis gigantocellularis bei einem 10 Monate alten Kinde

Von

Dr. BERTHA STEINBERG und Dr. S. A. GLAUBERSOHN

Wie es wohl bekannt ist, sind bösartige Geschwülste für das mittlere und ältere Lebensalter eigentümlich.

Ohne auf die Ätiologie der bösartigen Neuformationen eingehen zu wollen, heben wir nur hervor, daß heutzutage die Infektion und der Reiz die 2 Hauptmomente der Geschwulstätiologie bilden. Der (augenscheinlich dauernde) nötige Reiz, durch eine Reihe von verschiedensten Ursachen hervorgerufen, ist naturgemäß eher die Apanage des reifen und älteren Alters, als des jüngeren. Damit ist aber die Möglichkeit der bösartigen Neuformationen im jungen und sogar in dem frühen Kindesalter nicht ausgeschlossen. In diesem Sinne scheint unser Fall, der ein 10 Monate altes Kind betrifft, ein besonderes Interesse darzustellen.

Im September 1924 kam in unsere Poliklinik zur Sprechstunde eine Mutter mit einem 10 Monate alten Töchterchen wegen der multiplen Geschwülste, die am ganzen Körper verbreitet waren. Angeblich stammte das Mädchen aus einer jüdischen Familie, war rechtzeitig geboren; Ernährung nach dem mütterlichen Verständnisse und den Räten der Nachbarinnen. Die aktuelle Krankheit begann angeblich im 6. Monat; es erschienen nämlich am Rumpfe einige Geschwülste von kleinen Dimensionen. Allmählich vermehrte sich aber die Zahl derselben.

Status praesens: Das Kind ist anämisch, das subkutane Fettpolster ist dünn. Die Muskel- und Knochensysteme zeigen keine Besonderheiten. Der Kinderarzt Herr G. J. WECHSLER, der das Mädchen untersuchte, fand keine pathologischen Veränderungen in den inneren Organen; insbesondere konnte er nirgends irgend welche Knoten palpieren. Er machte uns auf die Fehlernährung des Kindes aufmerksam.

Hautstatus: Auf der Haut des Halses, des Rumpfes, des Leibes, der Hinterbacken, der Arme, der Vorderarme und der Oberschenkel sitzen eine Menge Knötchen von Dimensionen eines Kirschkerns bis zu einer großen Erbse. Stellenweise sitzen die Knötchen dicht aneinander, hier und da sind auch gewisse Zwischenräume vorhanden. Die Mehrzahl der Knötchen sind rötlich und blaupurpurrot, wenige haben auch eine normale Hautfarbe. Ulzerierte Knötchen waren nicht nachgewiesen. Das Kind scheint von diesen Knötchen bestreut zu sein und erinnert an das Bildnis des Kindes mit dem ausgebreiteten Molluscum contagiosum aus dem KAPOSIschen Atlas. Die Lymphdrüsen sind nicht vergrößert.

Mit Zustimmung der Mutter wurde ein Knötchen ausgeschnitten. Weitere Untersuchungen konnten nicht ausgeführt werden, weil die Mutter mit dem Kinde verreist war.

Die histologische Untersuchung (Prof. P. A. KUTSCHERENKO) ergab: Die epidermale Schicht ist sehr schmal. Die Keratinisationserscheinungen sind ziemlich deutlich ausgeprägt, an manchen Stellen ist auch Hyperkeratose nachgewiesen. Stellenweise schickt das Flächenepithel in die Tiefe der unterliegenden Gewebe Ausschweifungen, die deutlich abgegrenzt sind. Die Koriumstruktur ist einförmig in dem Sinne, daß die Hauptmasse des Koriums aus polymorphen, ziemlich großen Zellen mit saftigen

Digitized by Google

Kernen, die sich gut mit Hämatoxylin färben lassen, besteht. Zwischen diesen Elementen befinden sich viele Riesenzellen, groß und klein, von verschiedenster Form, mit zahlreichen Kernen; dieselben sind durch ihre peripherische Lage gekennzeichnet; keine Anhäufungen sind angedeutet: die Anordnung der Riesenzellen ist unregelmäßig. In dem subkutanen Gewebe sind viele breite lymphatische Spalten und Blutgefäße sichtbar. Diagnose: Sarcoma gigantocellulare cutis.

Weil sich ja unser Fall seinem klinischen Bilde sowie auch den histologischen Befunden nach „nicht den Lymphosarkomen nähert" (vgl. NICOLAS, GATÉ, GAILLARD und RAVAUT), so muß er als Sarcomatosis primaria cutis betrachtet werden.

In der russischen dermatologischen Literatur ist ein Fall von Sarcoma gigantocellulare cutis von Herrn Dr. BROTMANN bei einem 11jährigen Mädchen 1912 beschrieben.

Literatur

1. BROTMANN, Russki Jurnal Kojnich i veneritscheskich bolesnej, 1912. — 2. NICOLAS, GATÉ, GAILLARD und RAVAUT, Ann. de Derm. et de Syph., 1924.

Aus der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Danzig
(Direktor: Dr. OTTO NAST)

Ein Fall von Acne urticata polycythaemica[1])

Von

JOSEPH MESTSCHANSKI in Odessa, Assistent

Mit 1 Abbildung im Text

Im Jahre 1924 hat WERTHER zum erstenmal einen Fall von Polycythaemia rubra mit gleichzeitigem pruriginösem Ekzem in Dresden vorgestellt. Etwa ein Jahr später haben PICK und KAZNELSON in dieser Wochenschrift einen anderen Fall von Polycythaemia rubra mit Ekzem veröffentlicht und beweisen dabei, daß die Dermatose als eine Folgeerscheinung der Polycythaemia rubra auftritt. Sie wählten für diese Dermatose die Bezeichnung: „Acne urticata polycythaemica".

Ein dritter Fall ist von der Dermatologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Danzig bekannt.

Es handelt sich um einen Patienten A. K., 52 Jahre alt. Er ist bis 1923 gesund gewesen, seitdem zunehmende Schwäche in den Beinen und Armen. Im selben Jahre mehrere kleine Schlaganfälle; seit März 1924 rechtsseitige Lähmung. Gleichzeitig Auftreten der Dermatose mit Juckreiz.

Status praesens: Mittelgroßer Patient in mäßigem Ernährungszustand von blauroter Gesichtsfarbe. Motorische Aphasie: Der Kranke kann nur wenige unartikulierte Worte sprechen. Augen: linke Pupille träge reagierend, rechte Pupille: Iridektomie, Coloboma; Narbe am Limbus. Schleimhäute, Mund und Rachen: zyanotisch-dunkelrot; Zunge dunkelrot. Lungen und Herz o. B. Leber überragt den Rippenrand um 2 cm. Milz nicht palpabel. Parese des rechten Beines; Lähmung des rechten Armes. Der Blutbefund ergibt: Erythrozyten: 8 Millionen, Leukozyten 21 000 in 1 cmm. Blutbild: Polymorphe Leukozyten 68%; Lymphozyten 25%;

[1]) Vortrag am 10. X. 1926 beim Nordostdeutschen Dermatologentag in Elbing.

Digitized by Google

Monozyten 4%; Eosinophile 3%. Hämoglobinbestimmung nach SAHLI 116%. Blutdruck nach RIVA-ROCCI 115 mm Hg. Urinbefund: Eiweiß und Zucker nicht vorhanden; im Sediment zahlreiche Leukozyten, Erythrozyten und Epithelien. WR negativ. Lumbalpunktat o. B.

Dermatologischer Befund: Auf dem Kopfe, im Gesicht, auf den Ohrläppchen, Brust und Nacken zahlreiche linsen- bis erbsengroße papulöse Effloreszenzen, die teilweise in der Mitte eine Pustel tragen, teilweise mit nekrotischem Schorf bedeckt sind; die Farbe der Effloreszenzen ist blaurot. An den Ohrläppchen sind einzelne Blasen. Am Skrotum, Penis und angrenzenden Teilen des Oberschenkels sind zahlreiche Papeln und Pusteln von blaurötlicher Farbe, zum Teil konfluierend. Die Papeln sind mäßig infiltriert; die Haut der Hände ist atrophisch. An einzelnen Stellen sind Kratzeffekte und kleine zarte Narben.

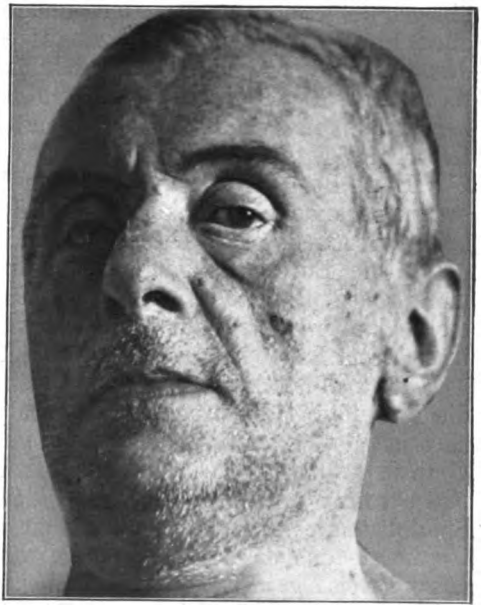


Abb. 1. Acne urticata polycythaemica

Die histologische Untersuchung (Prof. STAHR-Danzig) der exzidierten Haut zeigt unspezifische Entzündung.

Therapie: Unsere Ekzemtherapie war erfolglos trotz der mehrmonatigen Behandlung. Wir beabsichtigten die Blutorgane des Kranken mit Röntgenstrahlen zu behandeln, waren aber hier teils der Hinfälligkeit des Kranken wegen, teils wegen Unterbringung in einer anderen Anstalt daran verhindert. Wir hofften, daß, wenn die Erscheinungen der Polycythaemia rubra zurückgehen würden, auch die eigenartige Dermatose verschwinden würde.

Patient ist leider auf Wunsch der Angehörigen zur Entlassung gekommen und kurz darauf verstorben. Ein Sektionsbericht liegt nicht vor, da die Angehörigen die Sektion verweigerten.

Wir schließen uns der Bezeichnung der Krankheit von PICK und KAZNELSON an, nämlich „Acne urticata polycythaemica".

Einige Betrachtungen über Syphilis und Malaria

Von

Dr. H. BEHDJET, Leiter der Dermatologisch-syphilidologischen Abteilung am Hospital Gouraba und Prof. Dr. NAZIM CHAKIR von der Psychiatrisch-neurologischen Klinik Gulhané (Konstantinopel)

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. ERNST LEVIN in Berlin)

Während der Jahre 1910-1921 gab es in der durch verschiedene Kriege erschütterten und durch die Invasion der feindlichen Armeen verwüsteten Türkei zahlreiche Syphilitiker, die alle einem körperlichen und seelischen Elend ausgesetzt waren und nur unvollkommen oder auch gar

Digitized by Google

nicht behandelt wurden. Trotzdem sind wir erstaunt über die Seltenheit der nervösen syphilitischen Erscheinungen bei dem an Zahl durchaus nicht geringen Kreise der hierzu gehörigen Intellektuellen, Advokaten, Offiziere, Ärzte usw.

Die 1865 Fälle, die wir bis zum Jahre 1922, dem Ende des Krieges in der Türkei, studieren konnten, zeigten nur zu 3% nervöse und psychische Affektionen syphilitischen Ursprunges (Klinik Gulhané). Die übrigen 93%, die zur Zeit ein intaktes Nervensystem darbieten, waren allen Entbehrungen des Krieges ausgesetzt gewesen, hatten aber außerdem bemerkenswerterweise an infektiösen Krankheiten, wie Typhus exanthematicus, Typhus abdominalis, Rekurrens, Malaria, gelitten. Die vorher erwähnten 3% hatten im Gegensatz dazu nach dem Schanker keine fieberhafte Erkrankung gehabt.

Diese Beobachtung an unseren in der Klinik Gulhané und der Privatpraxis behandelten Kranken zeigt, daß die Seltenheit der nervösen syphilitischen Affektionen, wie Tabes und Paralyse, im Orient nicht, wie das oft in Europa behauptet wird, durch einen Mangel an Sorgen auf moralischem Gebiete und an geistigen Anstrengungen bedingt wird; vielmehr glauben wir sie auf die Häufigkeit der infektiösen Krankheiten, die in unserem Lande wüten, besonders auf die Malaria, beziehen zu müssen.

Prof. WAGNER-JAUREGG in Wien, der die Malaria als Heilmittel in die Behandlung der progressiven Paralyse einführte, ist der Ansicht, daß sie auch als Präventivmittel gegen die nervösen Affektionen syphilitischen Ursprunges angewendet werden könne. Dies veranlaßte uns, um eine Frage von so großer Bedeutung zu klären, eine Umfrage bei angesehenen Spezialisten verschiedener Länder zu veranstalten, deren Ansichten wir, soweit sie uns der Ehre einer Antwort gewürdigt haben, weiter unten auszugsweise in alphabetischer Reihenfolge wiedergeben werden.

Unsere eigene Ansicht möchten wir auf Grund unserer Erfahrungen und der Beobachtungen, die wir während 20 Jahren Praxis anzustellen Gelegenheit hatten, folgendermaßen zusammenfassen. Wir glauben, daß die Seltenheit der progressiven Paralyse in der Türkei trotz der geistigen Anstrengungen und der verschiedenartigen Erregungen der letzten Jahre und auch trotz des Alkoholismus hauptsächlich von der weiten Verbreitung der infektiösen Krankheiten, die in unserem Lande wüten, herrührt. Die Beobachtungen in den englischen und holländischen Kolonien unterstützen diese Ansicht; diese Bezirke haben festgestellt, daß mit der dem Kampfe gegen die Malaria zu verdankenden Abnahme dieser Krankheit eine Wiederzunahme der Fälle von progressiver Paralyse verbunden war. Da der Kampf gegen die Malaria in der Türkei noch nicht in vollem Gange ist, können wir uns hierzu noch nicht äußern. Jedenfalls sind trotz der Seltenheit der Paralyse und der nervösen syphilitischen Affektionen die Erscheinungen an der Haut, den Knochen und den inneren Organen bei uns häufig, und man trifft sogar nicht selten schwere Veränderungen an der Haut. Um diese Vorliebe der Syphilis zu erklären, wäre es sehr einfach, die Existenz eines neurotropen und dermotropen Virus heranzuziehen, wenn diese Frage genügend geklärt und bewiesen wäre. Leider ist dies jedoch nicht der Fall, und wir können uns dieser Ansicht nicht zuneigen.

Digitized by Google

Wenn wir die Abortivbehandlung beiseite lassen, glauben wir nicht, daß es nötig ist, alle Kranken durch Malariaimpfungen zu prophylaktischen Zwecken zu quälen, um den Ausbruch von Erscheinungen an den inneren Organen und dem Nervensystem zu verhindern. In der Fingerschen Klinik war Prof. Kyrle Anhänger dieser Methode, die er dauernd anwandte; doch ist es bisweilen schwierig, die Malaria wieder loszuwerden. Die Tatsache, daß sie im Organismus schnell Anämie herbeiführt, daß sie ein schweres Gift für die Milz und die Leber darstellt, daß sie Komplikationen in verschiedenen Organen hervorrufen kann, ist für uns doch ein Grund, im allgemeinen nicht jeden Fall von Syphilis zu impfen. Gewiß beobachtet man ein viel schnelleres Schwinden der Haut- und Knochenerscheinungen bei den mit Malaria geimpften Kranken, jedoch erscheint es uns vorteilhafter, zu den chemischen Mitteln, besonders zu den Proteinkörpern, Zuflucht zu nehmen, die gleichfalls durch Temperaturerhöhung denselben Erfolg bewirken. Wir haben dadurch tatsächlich das Schwinden schwerer Hauterscheinungen, und sogar viel schneller als durch irgend eine energischere Behandlung, gesehen; läßt man jedoch keine antisyphilitische Behandlung nachfolgen, so kann in allerkürzester Zeit ein Rezidiv erfolgen.

Aus den verschiedenen Beobachtungen, die wir mit den fiebererzeugenden Mitteln, einschließlich der Malaria, bei den verschiedenen Perioden der Syphilis, seronegativen oder -positiven Primäraffekten, Primäraffekten mit Roseola, sekundären und tertiären Erscheinungen gemacht haben, ist uns die Bedeutung der Reiztherapie genügend klar geworden, und unsere Anschauungen über die Syphilisrezidive vom dermatologischen Standpunkt aus haben sich mehr oder weniger geklärt. Wenn wir die Erfolge der spezifischen Behandlung mit denen der Reiztherapie vergleichen, müssen wir feststellen, daß die Malariaimpfung zur Zeit nicht bei allen Syphilitikern indiziert ist. Mit der Zeit wird es sich erweisen, ob die Anschauung von Autoren wie Kyrle und Scherber, die die Malariaimpfung in allen Syphilisfällen ausführen, um späteren Nervenerscheinungen vorzubeugen, richtig ist oder nicht.

Wir hatten schon während des Krieges den günstigen Einfluß des Fiebers auf den Verlauf gewisser Hautkrankheiten beobachtet. So schwanden die verschiedenen pustulösen Hauterscheinungen der Krätze fast vollkommen unter dem Einfluß z. B. des Typhus exanthematicus, des Abdominaltyphus, der Malaria. Aber nach Schwinden des Fiebers sahen wir sie wieder auftreten. Deshalb können wir die Anschauungen der Wiener Schule bezüglich der Malaria nicht völlig billigen, da die Erfahrungen von erst 3 Jahren nicht als genügend lange gelten können. Unsere klinischen Erfahrungen geben uns für den Augenblick die Gewißheit, daß man durch die einfache Malariaimpfung ohne anderweitige Behandlung die Hauterscheinungen der Syphilis nicht in ihrem weiteren Verlauf hemmen kann. Wir halten diese Methode nur bei den syphilitischen Affektionen des Nervensystems für berechtigt.

Da bei der progressiven Paralyse, der Tabes, den verschiedenen Erkrankungen des Gefäßsystems die antisyphilitischen Medikamente nicht wirksam sind, halten wir es hier für nützlich, die Malaria zu Hilfe zu nehmen. Doch genügt hierfür das Auftreten von Hyperalbuminose und

Digitized by Google

Lymphozytose im Liquor cerebrospinalis oder von meningitischen Reizerscheinungen nicht, da diese Erscheinungen oft bei schwerer und sogar auch bei gutartiger Syphilis ohne irgend welche Lokalisation an dem Nervensystem oder den Meningen auftreten und durch die übliche Behandlung bekämpft werden können. Andererseits ist die große Mehrzahl der Autoren, einschließlich der amerikanischen, über die Wirksamkeit der Malariaimpfung in Fällen von Syphilis des Nervensystems einer Meinung, in denen die sonst übliche Behandlung nicht in der Lage ist, einen günstigen Einfluß auf die Krankheit auszuüben.

Wir wissen noch nicht recht, durch welche biologische Reaktion die Malaria auf die Syphilis wirkt, ob durch die Temperatursteigerung, durch eine spezifische Wirkung der Plasmodien auf die Spirochäten (Spirochätophagie), eine Phagozytose oder durch irgend eine andere unbekannte Wirkung. Am wahrscheinlichsten erscheint es uns, daß die Malaria wie die anderen fiebererzeugenden Mittel auf den Plexus chorioideus wirkt und daß sie, indem sie die Zirkulation in dieser von der Syphilis angegriffenen Membran regelt, die normale Verbindung zwischen Blut und Liquor cerebrospinalis wieder herstellt und den Durchtritt von Serum und anderen spirochätoziden Substanzen aus dem Blute bis zu den Syphilisherden im Gehirn gestattet.

Schlußfolgerungen. I. Die Zahl der Fälle von Syphilis des Nervensystems ist in einem Lande umgekehrt proportional der Zahl und Häufigkeit der Malariafälle. Für die Fälle von Syphilis der Haut, der Knochen und der inneren Organe gilt dies nicht. II. Die Behandlung der malignen Syphilis des Nervensystems durch Malariaimpfung ist zur Zeit die einzige Methode, die angeraten werden kann.

Es folgen nunmehr die Zusammenfassungen und einige Punkte aus den uns zugegangenen Antworten:

Prof. AUDRY kann mangels eigener Erfahrungen über die Malariatherapie nicht urteilen; er hat jedoch bisher nicht gesehen, daß Malariakranke von syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems verschont blieben. Seiner Ansicht nach glaubt kein Syphilidologe an das Bestehen eines besonderen neurotropen Virus, jede Syphilis ist neurotrop. Bei der kongenitalen Syphilis stammen von Fällen mit Syphilis des Nervensystems nicht mehr Fälle kongenitaler Syphilis mit Nervenerscheinungen als von den anderen.

Dr. BABONNEIX. Die Syphilis des Nervensystems betrifft besonders Städter. Es gibt kein rein neurotropes Virus. Verallgemeinerung ist zur Zeit nicht angebracht.

Prof. BLEULER. Ich kann nur das sagen, daß wir einerseits mit der Malariatherapie bei ausgebrochener Paralyse gute Erfahrungen gemacht haben, ob sie definitive sein werden, wissen wir noch nicht — und daß ich andererseits manche Paralytiker gekannt habe, die in den Tropen Malaria durchgemacht hatten, ohne deshalb von der Paralyse verschont zu bleiben.

Prof. BOECK. Ich glaube also nicht, daß syphilitische Soldaten, die im Weltkriege irgend eine fieberhafte Infektionskrankheit durchgemacht haben, es vielleicht dem zu verdanken hätten, wenn sie rezidivfrei blieben. Ich kann also heute eine allgemeine Anwendung der Malaria-Salvarsan-

Digitized by Google

therapie nicht befürworten, da wir in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ohne dieselbe auskommen werden. Außer ihrer Anwendung bei Nervensyphilis oder gewissen Formen derselben, muß ich aber auch zugeben, daß bei hartnäckiger WR, also bei zum größten Teil alten und ungenügend oder überhaupt nicht behandelten Fällen sowie auch bei hartnäckigem positivem Liquorbefund, auch wenn sonst keine klinischen Symptome vorhanden sind, die Malaria-Salvarsanbehandlung zu erproben ist. Es sind dies eben solche Fälle, welche jede Behandlungsart rechtfertigen, um unser Ziel zu erreichen.

Dr. Clément Simon fürchtet für die Zukunft die Spätkomplikationen der Malaria. Eine Erfahrung von 3 Jahren ist nicht genügend. Die Frage ist interessant, befindet sich aber noch im Stadium der Hypothese.

Prof. Foerster. Ich habe bisher bei Fällen mit Nervenlues, die eine spontane Malaria durchmachten, keine Besserung beobachtet. Ich lasse die kombinierte Salvarsan-Malariabehandlung nur bei Paralysen anwenden. Bei allen anderen Formen von Lues des Zentralnervensystems, der Tabes ist nach meiner 1000fachen Erfahrung die kombinierte Hg-Behandlung mit endolumbaler Salvarsanautoserumbehandlung die souveräne Methode.

Dr. Gougerot findet gleichfalls, daß die Spanne von 3 Jahren zu kurz ist, um bestimmte Schlüsse zu ziehen. Trotzdem wendet er die Malaria- und Rekurrenztherapie bei Kranken mit latenter Meningitis oder gegen sonstige Behandlung rebellischen nervösen Affektionen an. Diese Methoden wirken durch Heterotherapie und nicht nur durch die Fieberanfälle.

Prof. Germain Mestchersky. Die Malariaimpfung ist für die Zukunft des Kranken gefährlich. Eine Erfahrung von 3 Jahren ist ungenügend. Er hält die Salvarsan-Malariabehandlung für angezeigt bei Paralyse, bei der nichts zu verlieren ist, aber er zweifelt stark an der Wirksamkeit der Methode.

Prof. Dr. Hans Kurscmann. Damit ist die nächste Frage bereits beantwortet. Ob die spontane Malariainfektion ein Prophylaktikum gegenüber Tabes und Paralyse darstellt, wird vor allem in anderen, gleichfalls von Malaria durchseuchten Gegenden, die aber unter anderen klimatischen und kulturellen Verhältnissen leben als die Bevölkerung der Türkei, festgestellt werden müssen. Es wären da in erster Linie Statistiken in den italienischen Malariagebieten anzustellen. Ob die von Ihnen genannten türkischen Soldaten und Offiziere ihre Verschonung von syphilitischen Haut- und sonstigen Symptomen einer im Kriege erworbenen fieberhaften Infektion (Fleckfieber, Rekurrens, Malaria usw.) verdanken, ist schwer zu sagen. Wollen Sie bitte bedenken, daß auch anderen Orts in den letzten Jahren eine Zunahme der Luesfälle ohne alle Hautsymptome festgestellt worden ist, vor allem bei Frauen auch in Deutschland, also bei Personen, die keinerlei prophylaktische Fieberinfektionen durchgemacht haben.

Prof. Herxheimer. Malariaerkrankung allgemein als Prophylaxe der Syphilis anzusehen, erscheint nicht gerechtfertigt. Für die Seltenheit der Nervenlues in der Türkei kommt eine Reihe anderer Faktoren in Betracht. Die Frage läßt sich bei ihrer allgemeinen und ungenauen

Digitized by Google

Fassung nicht präzis beantworten. Insbesondere fehlen Angaben über angestellte Blut- und Liquoruntersuchungen, die von entscheidender Bedeutung sind. Jedenfalls ist das zeitweilige Freisein von syphilitischen Erscheinungen kein Beweis für die Ausheilung der Krankheit.

Prof. JEANSELME kann mangels eigener Erfahrung die meisten Fragen nicht beantworten. Er glaubt nicht, daß ein an Malaria Erkrankter eine Verminderung der Empfänglichkeit für Syphilis besitzt. Er zitiert die Bevölkerung von Indochina, wo die Malaria und ebenso die Syphilis häufig ist. Diese letztere äußert sich besonders an der Haut und dem Knochensystem, selten an den inneren Organen und fast niemals am Nervensystem. An den Dualismus des Syphilisvirus glaubt er nicht; dasselbe Virus kann sich an dieses oder jenes Organ anpassen, wie das bei dem Pneumokokkus, dem Streptokokkus, dem Typhus-, Tuberkel-, Leprabazillus der Fall ist.

Prof. JADASSOHN. Die über 3 Jahre ausgedehnten Erfahrungen der FINGERschen Klinik können natürlich nicht beweisen, daß die einmalige Behandlung wirklich alle Rückfälle verhindert. Immerhin muß man als sehr auffallend ansehen, daß in der FINGERschen Klinik so wenig von Rezidiven gesehen wurde, wenn man — was wohl sicher der Fall ist — voraussetzen kann, daß die Patienten häufig und lange genug zur Nachuntersuchung kommen. Es ist wohl außerordentlich schwer, die Seltenheit der Nervenlues in der Türkei mit Bestimmtheit auf die Malariadurchseuchung zurückzuführen. Ob es wirklich gelingt, die syphilitischen Manifestationen am Nervensystem durch die Frühbehandlung mit Malaria und Salvarsan im FINGERschen Sinne vollständig zu verhindern, kann erst eine ferne Zukunft lehren. Auch die Erfahrungen in Deutschland lehren, daß durch die Anstrengungen usw., welche der Weltkrieg mit sich gebracht hat, eine Vermehrung von Tabes und Paralyse nicht hervorgerufen wurde. Es ist sehr schwer, aus den analogen Erfahrungen in der Türkei den Schluß zu ziehen, daß gerade die fieberhaften Erkrankungen die Ursache für den günstigen Gesundheitszustand der Offiziere und Soldaten darstellen.

Dr. LACAPÈRE billigt die Fiebertherapie, zieht jedoch das kolloidale Gold der Malaria vor. Eine prophylaktische Behandlung gibt es nicht. Er hat niemals beobachtet, daß die Nervensyphilis bei den Malariakranken seltener ist.

Für Dr. LHERMITTE ist es sehr möglich, daß die Malariatherapie in Verbindung mit Arsen dazu beitragen kann, die Zahl der Fälle von Nervensyphilis zu vermindern, doch erscheint ihm die Methode gefährlich.

Für Dr. MILIAN ist die Malariatherapie eine Heterotherapie, doch kann eine einmalige Anwendung die Syphilis nicht heilen. Außerdem hat die Methode Gefahren: es ist bekannt, daß die Verbindung Malaria-Syphilis eine der bedenklichsten für einen Kranken ist.

Prof. MINGAZINI ist Anhänger der Malariabehandlung, von der er Heilungen gesehen hat. Ein prophylaktischer Wert besteht nicht.

Prof. Dr. MULZER. Ein Zusammenhang zwischen der Malariadurchseuchung und der geringen Häufigkeit der Nervensyphilis in malariadurchseuchten Ländern erscheint wohl möglich und demnach auch der Versuch aussichtsreich, die spezifische Behandlung durch Malariaimpfung

Digitized by Google

wirksamer zu gestalten. Vielleicht sind es gerade die Strapazen des Krieges (Fieber, Abmagerung usw.) gewesen, welche eine Umstimmung des Organismus herbeigeführt haben und dadurch günstig auf die Selbstheilung der Syphilis eingewirkt haben.

Prof. Dr. M. Oppenheim. Die Nervensyphilis ist bei Stadtbewohnern verbreiteter als bei den Landbewohnern. Es ist ein Irrtum, anzunehmen, daß die autochthone Malaria dieselbe Wirkung hat wie die Impfmalaria; diese wird doch zu einem bestimmten Zeitpunkt angewendet und unterscheidet sich sowohl klinisch als auch durch die mangelnde Infektiosität von der autochthonen Malaria. Die Neurolues kommt meiner Ansicht nach durch neurotrope Stämme, durch geeigneten Biaxismus (konstitutionell und konditionell) und durch unrichtige Behandlung zustande. Vorläufig behandele ich nur Neurolues (Tabes, Paralyse, positiver Liquor, insbesondere WR + und Lues bei Gold), ferner hartnäckig positiven Blutwassermann, wenn alle anderen Kuren versagt haben, und bei ausgesprochenem Wunsche des Kranken mit Malaria-Salvarsan.

Prof. Dr. G. Nobl. Malaria-Salvarsankuren in der Frühperiode sind meines Erachtens dann angezeigt, wenn eindeutige Liquorbefunde frühzeitig die Einbeziehung des Zentralnervensystems in die Infektion anzeigen. Zu einer wissenschaftlich begründeten Trennung neurotroper und dermotroper Spirochätenstämme sind wir nach dem heutigen Kenntnisstand nicht berechtigt. In die intimeren Vorgänge bei zentralnervösen, spezifischen Schädigungen ergibt sich vorläufig ein nur dürftiger Einblick. Das Sektionsmaterial malariasalvarsanbehandelter Paralytiker weist darauf hin, daß die Dosierung des Arsenobenzols ausreichend ist, um in Infiltrationsherden molekularen Zerfall, Resorption und die Bildung von Ersatzstrukturen in die Wege zu leiten. Von der Intensität der Veränderungen wird es dann abhängen, ob eine Restitution ohne Ausfallserscheinungen folgen kann.

Prof. Pediconi steht der Malaria-Salvarsanbehandlung günstig gegenüber, deren günstige Erfolge er in einem Krankenhause der Vereinigten Staaten gesehen hat. Er wendet die Methode bei gegen die gewöhnlichen Behandlungen rebellischen Fällen an, niemals jedoch bei allen Syphilitikern. Auch er hält eine Erfahrung von 3 Jahren für zu kurz. Ein prophylaktischer Wert besteht nicht.

Prof. Redlich. Daß vorausgegangene Infektionskrankheiten (nach Akquirierung der Syphilis), spez. Malaria, eine spätere Metalues verhüten, ist vielfach behauptet, aber noch nicht mit Sicherheit festgestellt worden. Man hat unter anderem damit auch die Seltenheit der Metalues in den Tropen erklären wollen, doch spielen da gewiß auch noch viele andere Momente mit. Andererseits gibt es Fälle von Metalues bei Kranken, die nach Akquirierung der Lues Malaria durchgemacht haben. Es wäre aber möglich, daß die Impfmalaria in dieser Hinsicht anders wirke als die wirkliche Malaria. Zum letzten Punkt ist zu bemerken, daß der Krieg durchaus nicht die Häufung der Metalues gebracht hat, die man erwartet hatte.

Prof. Dr. Robert Bing. Nur bei der progressiven Paralyse scheint es mir sicher, daß durch die Malariatherapie Remissionen des Krankheitsprozesses in einer Häufigkeit und auch in einer Intensität und Dauer er-

Digitized by Google

zielt werden können, welche dasjenige, was auch spontan zur Beobachtung gelangen kann, derart übertreffen, daß von einer bloßen Koinzidenz nicht die Rede sein kann. Es handelt sich dabei um die bis jetzt beste (vielleicht allerdings durch die Rekurrensbehandlung konkurenzierte) Form der schon sehr alten Fiebertherapie, deren Anfänge in den Applikationen der AUTERZIATHschen „Pusvelsalbe" bei Paralytikern zu suchen sind und die in den Versuchen mit Tuberkulin, Nukleinsäure usw. ihre Fortsetzung gefunden haben. Von den physiopathologischen Erklärungen der empirischen Tatsache einer günstigen Wirkung des Fiebers auf den Verlauf der progressiven Paralyse ist meines Erachtens keine aus dem Stadium der Hypothese in dasjenige der bewiesenen Tatsache gelangt.

Prof. SICARD glaubt, daß die Malaria durch Chok wirkt, indem sie die Vasodilatation im Gehirn, die Permeabilität und die Leukozytose begünstigt. Er zieht es jedoch vor, diesen Chok durch Proteinkörper (Pepton, Milch usw.) zu erzielen.

Prof. UBERTO ARCANGELI. Die Impfung mit der gutartigen Tertiana ist ohne Bedenken für die Zukunft. Er hat den Eindruck, daß in den Ländern ohne Malaria die Syphilis weniger schwer ist und glaubt, daß es dort nützlich wäre, jeden Syphilitiker mit Salvarsan-Malaria zu behandeln.

Prof. WAGNER-JAUREGG. Die Impfmalaria wirkt in Fällen, die von der Gefahr der Paralyse bedroht sind (hochpositiver Liquor in der Spätlatenz), prophylaktisch. Kein Fall, den wir aus dieser Indikation geimpft haben, ist bisher an Paralyse erkrankt. Die natürliche Malaria wirkt ähnlich, aber nicht mit absoluter Sicherheit. Es sind Fälle bekannt geworden, die nach der Infektion mit Syphilis eine Malaria durchgemacht haben und trotzdem an Paralyse erkrankten. Aber mehrfach sind solche Fälle durch Impfmalaria doch geheilt worden. Es sind zwar längst Fälle bekannt, und zwar nicht allzu seltene, in denen Menschen, die sich mit Syphilis infiziert haben, ohne alle spezifische Behandlung von Folgen der Syphilis dauernd frei geblieben sind. Aber es ist nicht unwahrscheinlich, daß dieses Freibleiben in vielen oder den meisten Fällen einer interkurrenten Infektionskrankheit zu verdanken war.

Prof. Dr. W. WEYGANDT. Malaria immunisiert nicht gegen Paralyse; wir haben eine Anzahl Paralytiker, die früher an Malaria litten. Aber trotzdem glaube ich, daß die Malaria wenigstens manche Fälle immunisiert, wenn auch nicht alle Fälle. Dr. KIRCHNER und H. F. VAN LOON (Kl. W., 1924, Jahrg. 3, S. 2001) berichten aus Java, daß die meisten Eingeborenen völlig malariaimmun sind und nur einige noch leicht erkranken und sich selbst sterilisieren; 9,1% der in die Irrenanstalt aufgenommenen Europäer leiden an Paralyse, jedoch nur 2,9% der aufgenommenen Eingeborenen; daraus folgt, daß die allgemeine Durchseuchung der Eingeborenen mit Malaria zwar nicht völlig, aber doch anscheinend etwas gegen Paralyse schützt. Ich halte es für möglich, daß bei syphilitischen Kriegsteilnehmern durch Fleckfieber, Rekurrens, Malaria oder andere Infektionskrankheiten ein gewisser Schutz gegen die Paralyse anzunehmen ist. Daß körperliche oder geistige Entbehrungen die Neigung zur Paralyse vermehren, nehme ich nicht an.

Digitized by Google

Prof. Dr. Zieler. Es ist möglich, daß die Malariadurchseuchung einer Bevölkerung die Häufigkeit der nervösen Syphilis (Paralyse usw.) herabsetzt. Ganz sicher erkranken aber Menschen, die erst nach ihrer Syphilisansteckung an Malaria erkrankt waren, später an Paralyse. Daß die Impfmalaria mehr leistet, ist nicht anzunehmen. Es muß deshalb auch bei malariabehandelter Syphilis mit der Möglichkeit des späteren Entstehens einer Syphilis des Zentralnervensystems gerechnet werden. Die Frage könnte nur durch eine ausgedehnte Statistik beantwortet werden, in der den erwähnten Kranken eine ebenso große Reihe gleichartiger Kranker gegenübergestellt würde, die während des Verlaufs ihrer Syphilis nicht an fieberhaften ansteckenden Erkrankungen gelitten haben.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 19. Mai 1927

Vorsitzende: Finger, Urbach Schriftführer: Gruß

Sachs: **Dupuytrensche Kontraktur, Spontankeloide.** 30jähr. Frau sowie ihr 21jähr. Bruder zeigen das Bild der Dupuytrenschen Kontraktur der Finger. Bei der Frau auf der Sternalgegend Spontankeloide, bei dem Bruder solche an einzelnen Fingerrücken. Bei dem $2^1/_2$jähr. Sohn der Patientin setzt die Kontraktur an der Kleinfingerseite ein. Eine 18jähr. Schwester der Frau leidet gleichfalls an Dupuytrenscher Kontraktur und an Spontankeloiden. Nach Julius Bauer spricht das kombinierte Vorkommen mit plastischer Induration für eine allgemeine konstitutionelle Disposition, nach Sachs' Meinung gilt das gleiche für die mit Spontankeloid. Beim Keloid dürfte es sich um eine lokale Manifestation einer Systemerkrankung des Bindegewebsapparates, bei der Dupuytrenschen Kontraktur um eine Systemerkrankung des Sehnenapparates, bei der plastischen Induration um eine solche des Faszienapparates, insbesondere der Tunica albuginea der Corpora cavernosa penis handeln. Diese Systemerkrankung, durch endokrine Störungen bedingt, tritt entweder allein oder in den obengenannten Kombinationen auf.

Freund: 1. **Lupus miliaris disseminatus.** Typischer, im Gesicht lokalisierter Fall, der sich in Schüben seit einigen Jahren entwickelte. Auffallend die geringe Narbenbildung. Tuberkulinproben positiv. Hist.: gemischtzelliger Konglomerattuberkel.

2. **Livedo racemosa bei auf Lupus verdächtiger Rosacea.** Bei 53jähr. Frau an der Gesichtshaut bis hanfkorngroße Knötchen, die auf Glasdruck ein zartes gelbbraunes Kolorit hinterließen und denen mikroskopisch ein scharf begrenztes, in der mittleren Kutis liegendes Knötchen entspricht, das aus Lymphozyten, wenigen Plasmazellen und zentral gelegenen Epitheloidzellhaufen aufgebaut ist. Am Rücken und in der Glutäalgegend, weniger an den Unterschenkeln, Livedo racemosa. Doch ist der klinische und röntgenologische Lungenbefund sowie Pirquet und Intradermoreaktion negativ, auch sind die Knötchen auf Schwefelzinkpaste in kurzer Zeit abgeheilt. WR und Luetinreaktion ebenfalls negativ, keine Herz- oder Gefäßveränderungen nachweisbar, so daß auch keine greifbare Ursache der Livedo racemosa aufgefunden werden konnte.

3. **Naevus Pringle.** Reichlich ausgebildetes Adenoma sebaceum des Gesichts, vergesellschaftet mit vielen teils pigmentierten, teils unpigmentierten verrukösen Naevi, stecknadelkopfgroßen, hautfarbenen, anscheinend bindegewebigen Geschwülstchen, kaffeebraunen Pigment- und einigen Vitiligoflecken. Keine Intellektstörung. Hinweis auf den von manchen Autoren hervorgebrachten Zusammenhang von Naevus Pringle und M. Recklinghausen.

Oppenheim: **Lupus erythematosus und Tuberculosis papulo-necrotica.** 36jähr. Frau. Spitalaufenthalte: das erstemal mit papulo-nekrotischem Tuberkulid, das zweitemal mit Urtikaria. Damals keine Spur eines Lupus erythematosus. Jetzt zeigt die Patientin im Gesicht wie über der Brust und am Nacken lebhaft rote typische Erythe-

Digitized by Google

matodesherde von Schillinggröße. Am Stamm charakteristische Tuberkulidnarben bis Groschengröße. Tuberkulin- und Mantauxreaktion sehr stark positiv mit Herdreaktion im Gesicht, an einer Stelle bis zur Bläschenbildung.

Kren: 1. **Toxisches Erythem.** An den unteren Extremitäten der etwa 55jähr. Patientin stehen ringförmige Hämorrhagien von Linsen- bis über Schillinggröße, die durch periphere Progredienz und Konfluenz Girlandenform angenommen haben. Zwischendurch auch quaddelartig elevierte rosarote Erytheme mit zentralen Rückbildungserscheinungen unter geringer Schuppung. Ursache unbekannt.

2. **Lymphatische Leukämie.** 58jähr. Patient. Fahles Hautkolorit, deutlich sichtbare Schwellung aller Drüsen. Disseminierte dichtgestellte, linsengroße Kratzeffekte infolge hanfkorngroßer hautfarbener Knötchenerhebungen über Stamm und Extremitäten. Leber und Milz beträchtlich vergrößert. Blut: Rote 2940000, Weiße 57200. Davon Lymphozyten 93%, Monozyten 2%, Neutrophile 5%. Oxydasereaktion negativ. Hauteruption zeigt histologisch besonders perivaskulär angeordnetes Rundzelleninfiltrat.

3. **Lupus erythematodes mit Schleimhautplaques.** Die 4 Fälle zeigen Eruptionen an Conjunctiva palpebrarum, Mucosa oris und am Introitus nasi in allen Stadien der Entwicklung. Besonders wird auf die scharfe Absetzung der frischen, ansonsten banal entzündlichen Affekte gegen die gesunde Schleimhaut hingewiesen. Am deutlichsten tritt dieses Symptom an der Bindehaut der Lider und besonders intensiv am Margo ciliaris in die Erscheinung. K. bespricht die Differentialdiagnose gegen Lichen ruber planus, wobei Entzündung und Erosion des Lup. eryth. die verwertbarsten Symptome darstellen.

Volk: **Miliarlupoid.** Die jetzt 22jähr. Patientin war im Jahre 1918, 4 Wochen nach Morbillen, an einem typischen postexanthematischen, disseminierten Lupus erkrankt, der als solcher von verschiedenen Seiten diagnostiziert und auch in dieser Gesellschaft demonstriert worden ist. Jetzt zeigt Patientin die Herde kaum vermehrt und auch nicht wesentlich vergrößert. Auffallend ist aber, daß die Effloreszenzen mehr rotbraun geworden sind und ihre Konsistenz sich vermehrt hat. Die Probeexzision von mehreren Stellen ergibt jetzt den Befund eines kleinpapulösen Sarcoid Boeck: fast ausschließlich Epitheloidzellen, vielfach schlecht färbbar, eingeschlossen in bindegewebige Septen. Eine bioptische Untersuchung aus dem Jahre 1918 (deren Präparat jetzt aus der Klinik Arzt noch vorliegt) ergab tuberkuloiden typischen Knötchenbau mit Verkäsung. Es muß also die Affektion ihren Charakter geändert haben. Die Umwandlung des klinischen und histologischen Bildes hat sich durch Änderung gewisser konditioneller biologischer Bedingungen, deren Details uns derzeit noch unbekannt sind, die V. aber schon früher unter dem Namen „sarkoide Reaktion des Organismus" zusammengefaßt hat, vollzogen. V. hält den Fall für einen neuen schlagenden Beweis für die tuberkulöse Natur des Miliarlupoids.

Stein: **Thalliumalopezie.** 26jähr. Patientin, die zum Zwecke eines Suizids Rattengift in größerer Menge einnahm. Neben allgemeinen Intoxikationserscheinungen trat auch eine schwere Alopezie auf, die auf das in dem Rattengift enthaltene Thallium zurückzuführen ist. (Erscheint ausführlich.)

Ullmann: **Hyperidrosis manuum.** 24jähr. sonst gesunder Mann leidet seit dem 16. Lebensjahre an so hochgradiger Hyperidrosis manuum et pedum, daß alle therapeutischen Mittel, auch R-Therapie, bisher versagt haben. Die R-Therapie wirkt bei den mehr lokalen, nicht nervösen Formen, wie U. schon 1903 zeigen konnte, mitunter sehr gut und ist jedenfalls bequemer als die alte Diachylonkur Ferdinand Hebras. Wie bekannt, werden die Schweißdrüsen ausschließlich von sympathischen Nervenfasern innerviert, wobei die Schweißnerven der vorderen Wurzel entstammen und über die sympathischen Vertebralganglien in den Nervi spinales zur Haut gelangen und in die Schweißdrüsen münden. Welche Teile des sympathischen Nervensystems auf diesem Wege am meisten betroffen werden und erkranken, bedarf weiterer Untersuchungen. Keinesfalls gelingt es, durch indirekte Bestrahlung der Medulla oder des oberen Hals- und Rückenmarkes dieser nervösen Form der Hyperidrosis beizukommen. Hingegen hat U. auch bei solchen Fällen günstige Erfahrungen mit Atropin, so daß nach mäßigen, ganz unschädlichen Mengen doch auf Monate dieser lästige Zustand stillstand. Lokal verwendet U. mit gutem Erfolg seit Jahren das Aluminiumchlorid in 25%iger Solution, nicht zu verwechseln mit Alaun, Al. acetic., essigsaurem Aluminiumoxyd. Durch dieses werden nicht die Schweißdrüsen, sondern die ganze Haut gegerbt, ähnlich wie durch Diachylonsalbe.

Digitized by Google

Kren warnt vor zu intensiver Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hyperidrosis. Vereinzelte kleine Dosen bringen das Übel nicht zum Schwinden, häufige kleine Dosen oder vereinzelte große richten oft großen Schaden an. Nicht genug, daß auf diese Weise eine übermäßige Austrocknung mit folgender Hyperkeratose, Rhagaden und eventuell sogar Karzinombildung zustande kommt, macht man auch die Beobachtung, daß trotz solcher Symptome, die, auf die Plantae lokalisiert, dem Patienten das längere Gehen infolge Schmerzen unmöglich machen, die Schweißabsonderung nicht einmal in normale Bahnen gebracht worden ist. Man kann sich auch bei mikroskopischen Untersuchungen überzeugen, daß oft schon schwere Schädigungen der Gefäße bestehen, während die Schweißdrüsen noch völlig normal sind. Röntgen soll sie ja auch nicht zerstören. Andererseits aber kann eine lokale Röntgenbestrahlung die nervöse Innervation nicht gut ändern. Unter solchen Umständen wäre vor der Röntgenbestrahlung bestehender Hyperidrosis zu warnen. Hingegen erzielt man mit vielen auch bloß lokal angewendeten Mitteln noch gute Erfolge, unter denen Chronatseife sicher eines der besten ist. Urbach fand bei der Grundumsatzuntersuchung nicht nur, wie erwartet, erhöhte, sondern auch nicht so selten tief herabgesetzte Werte. Eine Erklärung hierfür kann derzeit noch nicht gegeben werden.

Ullmann: Auf Zerstörung der Schweißdrüsen darf man es nicht ankommen lassen, wohl aber können die Schweißdrüsenepithelien wie auch die Gefäßendothelien der Schweißdrüsengänge ohne Schädigung röntgentherapeutisch beeinflußt werden.

Ullmann: **Aphthen.** 23jähr., schlecht genährte, organisch nicht nachweisbar erkrankte Frau leidet seit 6 Jahren an hartnäckig rezidivierender Aphthenbildung der Lippen- und Wangenschleimhaut. Die bis hanfkorngroßen, hellroten Knötchen, nicht Bläschen, zerfallen nekrotisch, und in 8—10 Tagen stellt sich Reparation ein. Therapeutisch kaum beeinflußbar. Die Erkrankung ist familiär (zwei Schwestern in minderem Grade). Wiederholt erhobene bakteriologische Befunde waren, wie auch bei anderen familiären A., stets negativ, auch bezüglich Einschlußkörperchen.

Scherber hat seit 1905 drei Fälle von **Stomatitis aphthosa recidivans** (Trautmann) beobachtet, von denen zwei ausgesprochen familiärer Natur waren. Bei dem einen Fall traten die Erscheinungen stets zur Zeit der Menses auf. Therapeutisch reagierten die Erscheinungen am besten auf Arsen- und Stoffwechselkuren, lokal auf Lapis. Daß endokrine Einflüsse mit im Spiele sind, ist möglich. Überimpfungen des Geschwürsbelages auf das Kaninchenauge zur Klärung des Wesens der Affektion, ist nötig.

Matras: **Naevus lymph. et haemangiomatosus.** 51jähr. Frau zeigt an der linken Thoraxseite unterhalb der Mamma in segmentartiger Anordnung in Vierfingerbreite dicht in Gruppen beisammenstehende, stecknadelkopf- bis linsengroße Bläschen mit teils klarem, serösem, teils rötlich-blutigem Inhalt. Die Oberfläche der Bläschen teilweise glatt, teilweise von hyperkeratotischer Beschaffenheit. Histologisch: Unter einer dünnen Schicht von Epidermis verschieden große zystische Räume durch dünne Septen getrennt, bis in die oberen Kutisschichten reichend. Die Hohlräume von Endothel ausgekleidet, größtenteils leer, teils mit Serum und Erythrozyten erfüllt.

Sachs: **Erfrierung mit Nagelveränderungen.** Der 64jähr. Mann zeigt die Finger beider Hände blaurot verfärbt, verdickt, leicht flektiert. An den Fingernägeln lassen sich schwere Veränderungen nachweisen, einige Nagelplatten sind verdickt, weißlich verfärbt, andere onychogryphotisch. An einzelnen Fingernägeln sind die Nägel vollständig destruiert, fast alle mit subungualer Hyperkeratose. Röntgenologisch läßt sich an sämtlichen Phalangen eine Deformität der Knochen mit Auffaserung und Exostosenbildung nachweisen. Der Patient ist in einer Fettfabrik in einem Kühlraum mit dem Waschen von verschiedenen Fettarten (Margarine, Unschlitt usw.) seit 20 Jahren beschäftigt.

Freund: **Dariersche Krankheit.** Streng symmetrisch lokalisierter Fall, die Knötchen z. T. in streifenförmiger, den Hautsegmenten entsprechender Anordnung. Geringes Vegetieren in der hinteren Schweißfurche.

Oppenheim: **1. Mycosis fungoides.** Der 33jähr. Patient, dessen Erkrankung vor 5 Jahren an Volae und Plantae und mit allgemeiner Schuppung begonnen hatte, zeigte 1923 eine Erythrodermie mit allgemeiner Drüsenschwellung, 21000 Leukozyten und 5% Eosinophilen. Damalige Diagnose Lymphogranulomatose mußte mit Rücksicht auf den histologischen Befund fallen gelassen werden. 1924 wurde Patient als **Pityriasis rubra** vorgestellt. Bis Januar 1926 zeigte Patient stets das gleiche Bild: Rötung, Schuppung, freie Intervalle, Schwankungen im Blutbild (10000—20000 Weiße, 2—15% Eosinophile und Vermehrung der Lymphozyten). Therapeutisch war alles

Digitized by Google

vergebens. Seit März 1926 Auftreten von Knoten und Infiltraten. Derzeit intensive Rötung, mit Verdickung und lamellöser Abschuppung der ganzen Körperhaut, Nässen und Bläschen an den Unterschenkeln, Volae und Plantae verdickt, rissig, hyperkeratotisch und infiltriert. Keratoma subunguale. Drüsen, besonders inguinal, mächtig geschwollen. Am Kapillitium, überm rechten Augenbrauenbogen, derbe braunrote Infiltrate und nußgroße Tumoren, z. T. ringförmig angeordnet. Flache bis talergroße Infiltrate überm Rücken, in Krena- und Trochantergegend. Temperatur bis 37,5. Abderhalden-, Tbc.-Reaktionen negativ. Blut: 9200 Weiße, 15% Eosinophile, 15% kleine Lymphozyten. Tierimpfung von Drüsen und Tumoren bis nun negativ. Histologischer Befund, vom Oktober 1923 bis heute in regelmäßigen Abständen erhoben, zeigt die Umwandlung eines unspezifischen, den Papillar- und Subpapillargefäßen folgenden dichten Zellinfiltrates in ein polymorphzelliges Infiltrat, in dem sich auch die von Paltauf beschriebenen großen, für Mykosis charakteristischen Zellen finden. Außerdem zeigen sich in den späteren histologischen Schnitten reichlicher eosinophile Zellen in der Randzone. Im Epithel starke Akanthose und Parakeratose. In dem Schnitt des Tumors ein infiltrierendes Wachstum dieser polymorphzelligen Infiltrate in die Tiefe, mit Zerstörung des elastischen Gewebes. O. neigt nach diesen Befunden jetzt mehr zu der Diagnose Mycosis fungoides. Der Fall erweist die Schwierigkeit der Abgrenzung dieser Erkrankung von der Lymphogranulomatose, worauf letzthin Arzt aufmerksam gemacht hat. Bemerkenswert das Auftreten von Lymphdrüsenschwellung gleich im Beginn der Erkrankung, das lange Bestehen einer Erythrodermie als Vorstadium einer Mycosis fungoides, der wechselnde Blutbefund und die Unwirksamkeit jeglicher Therapie.

2. **Syphilis ulcerosa.** 26jähr. Mann, Juni gangränöse Sklerose und Fleckenexanthem. Spirozidbehandlung, dann 22 Bismogenolinjektionen. Während der Behandlung ausgedehntes psoriasiformes Syphilid mit Streckseitenlokalisation und akuten Entzündungserscheinungen, dann Auftreten von Ulzerationen am Unterschenkel bis zu Talergröße, unter Spirozid rasch abheilend. Als solcher wurde der Fall hier vorgestellt. Patient verließ das Spital und kehrte mit mehreren syphilitischen Ulzerationen zurück. Luetin stark positiv, Seroreaktion, die bereits negativ war, jetzt wieder positiv. Während Succinimidinjektionen große Ulzerationen am Präputium, Spirochäten negativ, Luetin positiv, Decoctum Zittmanni führt zur Vernarbung.

3. **Syphilisrezidive während antiluetischer Behandlung.** August wegen seropositiver Sklerose eine Neosalvarsaninjektion und 4 Tabletten Spirozid, darauf Unterbrechung der Kur, 4 Wochen später abermals unvollständige Schmierkur mit 42 Spirozidtabletten. 1927 Psoriasis palmaris et plantaris, Papeln der Mundschleimhaut. 30 Spirozid, dann Neosalvarsan. Unter dieser Behandlung Vergrößerung der Psoriasis palmaris über den ganzen Handteller; an Mundwinkel und Zunge hypertrophische Papeln, WR anfänglich negativ, später mittelstark positiv. Es besteht also eine resistente Syphilis, wahrscheinlich durch Anbehandlung hervorgerufen.

Arzt: **Pagetsche Krankheit.** 73jähr. Frau. Entzündliche Affektion an der linken Brustwarze seit 1917. Derzeit Mamilla und Areola fehlend, handtellergroße erodierte Stellen, dazwischen Epithelinseln. Keine Knoten im Mammaparenchym und keine Lymphdrüsentumoren tastbar. Histologisch: Reichlich sog. Pagetzellen und Anhäufung von atypischen Epithelinseln in Nestern.

Volk: **Lupus tumidus mit TB-„Antivirus" behandelt. 2 Patienten.** Beide erhielten nach leichter oberflächlicher Aufschließung der Herde ohne weitere Lokal- oder Allgemeinbehandlung Umschläge aus Tuberkulose-Antivirus. Da es wahrscheinlich war, daß auch eine gewisse Menge Tuberkulin im Filtrate vorhanden ist, wurde zunächst die Empfindlichkeit der Patienten auf Tuberkulin geprüft, eventuell mit Verdünnungen des Antivirus begonnen, gleichzeitig auch eine Kontrolle mit einer filtrierten Bouillon nach einmaliger Einsaat von TB gemacht. Die Resultate waren in einer Reihe von Fällen — zwei davon werden demonstriert — sehr befriedigende. Da aber die Beeinflussung mit Antivirus Besredka und der Kontrolle fast gleich waren, möchte V. glauben, daß es sich hauptsächlich um eine Tuberkulinwirkung handelt. Von letzterem möchte V. übrigens bemerken, daß sie mitunter bei sehr renitenten Erythematosusfällen (auch da zunächst in Verdünnungen angewendet) ausgezeichnete Erfolge erzielen, ohne aus diesem Verhalten Schlüsse auf die Ätiologie solcher Fälle zu ziehen.

Aussprache:

Arzt erwähnt schwere Allgemeinerscheinungen nach Anwendung eines ihm als vollkommen ungefährlich übergebenen tuberkulösen Antiviruspräparates. — Scherber hat bis jetzt therapeutische Versuche mit Antiviruspräparaten vor allem bei Erysipel, bei

Digitized by Google

Furunkulosen und bei der männlichen Gonorrhoe angestellt. Im allgemeinen sind die Erfolge nicht befriedigend. Am ehesten wurde noch in manchen Fällen von Furunkulose ein gewisser Erfolg erzielt, während beim Rotlauf, wo auch die Schwierigkeit der Beschaffung der genügenden Mengen des Präparates bestanden, keine wesentliche Wirkung beobachtet werden konnte. Gonokokkenantivirus bei der akuten männlichen Gonorrhoe versagte völlig.

Urbach weist auf die tierexperimentellen und bakteriologischen Untersuchungen Epsteins hin.

Volk dachte von vornherein an eine Tuberkulinwirkung. Darauf ist es wohl zurückzuführen, daß er nur ein einziges Mal eine Allgemeinreaktion in Form einer Temperatursteigeruug auf 37,5 gesehen hat. Vorsicht ist gewiß bei besonders schweren Lungenprozessen geboten.

Arzt: **Cancer en cuirasse.** 56jähr. Frau, im Oktober 1926 wegen Carcinoma mammae operiert, anschließend Röntgentherapie. Die Haut der ganzen linken Thoraxhälfte mit harten, bis linsengroßen Knoten übersät. Histologisch: Metastasen eines Adenokarzinoms.

Kumer: 1. **Angiom mit Phlebolithen.** 48jähr. Frau mit einem haselnußgroßen, subkutanen Angiom der rechten Halsseite, das durch die Haut blau durchschimmert. Bei Betastung fühlt man 3 kirschkerngroße Verhärtungen, die auch röntgenologisch darstellbar sind. Phlebolithen in einem Angiom stellen eine große Seltenheit dar.

2. **Pityriasis lichenoides.** 11jähr. Knabe, seit 1 Jahr bestehende dichte, typische Effloreszenzen am Stamm und deutlich ausgeprägtes Leukoderma.

Fuss: 1. **Angiokeratom.** 14jähr. Knabe mit einzelstehenden und gruppierten, hanfkorn- bis stecknadelkopfgroßen, bläulich- bis braunroten Flecken und Knötchen von teils glatter, teils warziger, hyperkeratotischer Oberfläche an Fingern und Zehen. Histologisch im Papillarkörper mehrfach lakunenartig erweiterte, mit Blut gefüllte Kapillaren, geringfügige perivaskuläre Rundzelleninfiltrate in den oberen Kutisschichten und im Str. subpapillare. Die Epidermis zeigt Akanthose, Verbreiterung des Str. granulosum und mächtige Verdickung der Hornschicht. Die Haut der Hände und Füße ist blaurot, fühlt sich kühl an und ist leicht hyperidrotisch. Auch in diesem Falle dürfte eine von Escande angenommene angeborene Debilität des Gefäßsystems in der Folge unter dem Einfluß von Kältereizen primär zu den angiomähnlichen Zuständen im Papillarkörper und sekundär zu Wucherung der Hornschicht geführt haben. Es wäre daher diese Affektion am besten unter die sekundäre oder symptomatische Form der multiplen kleinherdförmigen Keratosen der Hände und Füße einzureihen.

2. **Nickelkrätze.** 18jähr. Galvaniseurin, die nach 14tägiger Beschäftigung durch die Nickelbäder an Gesicht, Hals, Nacken und oberen Extremitäten eine teils knötchenförmige, teils nässend-krustöse Dermatitis akquirierte. Die mehrfache Bepinselung mit einer 1%igen Nickelsulfatlösung, sowie die Jadassohnsche Funktionsprüfung der Haut damit ergab an den behandelten Stellen eine deutliche Reaktion mit Rötung, Schwellung und Knötchenbildung. Kontrollen mit 1%iger Kupfer- und Zinksulfatlösung sowie mit Wasser ließen die Haut unverändert. Die Nickelidiosynkrasie konnte von Walthard, Schitterhelm und Stockinger durch wiederholtes Bepinseln mit 1%iger Nickelsulfatlösung auch beim Meerschweinchen künstlich erzeugt werden. Eine passive Übertragung der Nickelidiosynkrasie unserer Patienten mit dem Serum (Praußnitz-Küstner) sowie mit Kanthariden-Blaseninhalt normaler und früher gereizter Hautpartien (Königstein-Urbach) gelang F. ebensowenig wie Walthard. Versuche einer Desensibilisierung der Patienten durch Auflegen von mit Nickelsulfatlösung in steigenden Konzentrationen getränkten Läppchen haben bisher noch zu keinem verwertbaren Ergebnis geführt.

Matras: **Tuberöses Syphilid vom Aussehen eines Lupus tumidus.** 45jähr. Frau, bei der im Laufe von einigen Monaten im Bereiche der rechten Nasolabialfalte ein walnußgroßer Tumor von bräunlichroter Farbe und weicher Konsistenz sich entwickelt hatte und klinisch einem Lupus tumidus glich. Pirquet-Reaktion negativ. WR und MTR im Serum ++, Liquor: Pandy +, Nonne +, Nissl 0,4‰, Zellen 333, Goldsol +++, WR +++. Histologisch: Granulationsgewebe mit reichlichen, vorwiegend perivaskulär angeordneten lymphozytären und plasmazellulären Infiltraten mit eingestreuten Knötchen aus lymphoiden, epitheloiden und Riesenzellen bestehend.

Arzt: 1. **Schwitzender Schweißdrüsennaevus.** 22jähr. Frau. Am rechten Oberschenkel handtellergroßer Herd, dadurch auffallend, daß isoliert aus diesem Herd Schweißperlen hervortreten. Histologisch: Anhäufung von Kanälchen vom Typus der apokrinen Drüsen.

Digitized by Google

2. **Lymphogranulomatosis cutis.** 40jähr. Mann, seit Dezember 1926 Drüsenschwellung in inguine, seit Januar auch an der rechten Halsseite. Mitte Januar Auftreten eines Exanthems an den Beinen. Derzeit universelle Drüsenschwellung, Ödem des Skrotums, wahrscheinlich durch intraabdominale Drüsentumoren bedingt. Hämatologisch: Eosinophile 7,25%. Auf der Haut des Unterbauches und der Innenseite der Oberschenkel bis kirschengroße Knoten von ziemlich derber Konsistenz, von normaler Epidermis überzogen. Histologisch: Granulationsgewebe mit eigenartigen Riesenzellen. Histologie eines inguinalen Lymphknotens: der gleiche Befund.

Riehl jun.: **Pemphigus vulgaris partim vegetans.** 65jähr. Patient. Affektion seit März 1927. Hochgradige Kachexie, Leistendrüsen weich, vergrößert. Disseminiertes Exanthem am ganzen Körper, bestehend aus linsen- bis münzengroßen Effloreszenzen. Die frischen Effloreszenzen sind Blasen mit entzündlichem Hof, später bilden sie Erosionen mit Resten der Blasendecken auf bräunlichem Grunde, die abgeheilten Herde stellen Pigmentflecken dar. In den Axillen sind dieselben konfluiert und infiltriert, so daß es zu einer beetartigen Erhebung an diesen Stellen kommt. Auch in der Kreuzgegend, am Rücken und an den Ellenbogen sind die Effloreszenzen besonders reichlich. Schleimhäute frei. Blutbild bis auf 4% Eosinophile normal. Interner Befund o. B.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 5

One Thousand Cases of Congenital Syphilis (Tausend Fälle von kongenitaler Syphilis), von C. M. Smith-Boston. S. 527. In übersichtlichen Tabellen zeigt Verf. die günstige Wirkung antisyphilitischer Behandlung auf die Keratitis parenchymatosa. Salvarsanbehandlung bei Erkrankung des einen Auges konnte nicht immer die Erkrankung des zweiten Auges verhindern, wohl aber abschwächen und abkürzen. Wahrscheinlich sind immer beide Augen erkrankt, nur der Zeitpunkt der Manifestation ist verschieden, wie es bei der Kniegelenkerkrankung der Fall ist. Das Salvarsan wirkt am besten in der Schwangerschaft, daher verlangt Verf. genaue Untersuchung und Beobachtung aller schwangeren Frauen. Bei allen Patienten mit kongenitaler Lues, die verheiratet waren, konnte Verf. keine Übertragung der Syphilis auf die Kinder feststellen. Bei der Heiratslizenz für kongenitale Syphilitiker sollte man weniger an die Gefahr für den Ehepartner denken als an die Möglichkeit der Arbeitsunfähigkeit durch Rezidive. Je älter die Syphilis der Eltern, um so „normaler" die Kinder, aber auch ohne nachweisbare syphilitische Symptome sollten die Kinder prophylaktisch behandelt werden. Zur Durchführung intensiver Familienbehandlung ist die Hilfe einer sozialen Mitarbeiterin notwendig, die in die Familien geht und ihre Beobachtungen dem Arzt mitteilt. Verf. bringt zum Schluß ausführliche Tabellen über die Beteiligung der verschiedenen Rassen an kongenitaler Lues, ferner über das verschiedene Alter der Erkrankten (Höchstzahl in der Pubertät), über deren Schulanfang und Schulversäumnis und über die Anzahl von Schwangerschaften und deren Resultat in 500 syphilitischen Familien.

Bismuth Thioglycollate in Experimental and Clinical Treatment of Syphilis (Thioglykolsaures Wismut bei experimenteller und klinischer Behandlung der Syphilis), von O. M. Gruhzit, E. Lyons und R. Perkins-Detroit. S. 550. Das von Lyons angegebene Wismutderivat der Thioglykolsäure ist in Wasser löslich, ist relativ wenig toxisch, verursacht weder Schmerz noch Nekrose an der Injektionsstelle, wirkt nicht kumulierend und hat eine gute Heilwirkung. 29 mg pro 1 kg Körpergewicht intramuskulär oder 23 mg intravenös gegeben wirken bei Tieren toxisch; die Toleranzdosis schwankt zwischen 16 und 24 mg; die Behandlungsdosis beträgt 1,3—2,5 mg pro 1 kg Körpergewicht. Erst 5,2 mg pro 1 kg Körpergewicht verursachten Nieren- und Leberschädigung, die histologisch nachweisbar war. Die Resorption erfolgt in weniger als 2 Stunden. 20 bis

Digitized by Google

40% des Wismuts erscheint im Urin und Stuhl innerhalb von 72 Stunden. Die Ausheilung der Kaninchensyphilis wurde festgestellt durch Transplantation eines Lymphknotens auf ein gesundes Kaninchen: 1,3 mg ergaben 30%, 1,6 mg 50%, 2,0 mg 100% Heilung. Verf. behandelte 17 Syphilitiker; 260 Injektionen von je 0,1 g von thioglykolsaurem Wismut in 1 ccm destilliertem Wasser verursachten außer einmal keine Schmerzen. Injektionen in den Arm hinterließen manchmal kleine, nur auf Druck schmerzhafte Knötchen; Injektionen ins Gesäß verursachten keinerlei Knoten. Von 16 regelmäßig behandelten Patienten hatte nur einer eine Schwarzfärbung des Zahnfleisches. Eiweiß in allen Fällen negativ. Thioglykolsaures Wismut hat auf die WR eine bessere Wirkung als Salvarsan und Hg, aber keine bessere als Salizylwismut oder andere Wismutverbindungen.

The Acne Bacillus: Variations in the Cultural and Morphologic Characteristics (Der Aknebazillus: Kulturelle und morphologische Besonderheiten), von L. W. Ketron-Baltimore. S. 568. Verf. beschreibt einen seltener vorkommenden Aknebazillus, den er Aknebazillus B nennt, und der sich von dem von ihm bisher beschriebenen Aknebazillus A verschieden verhält. Der Aknebazillus B entwickelt sich sehr viel schneller auf den verschiedenen Nährböden als der Aknebazillus A. Auf 1% Dextroseagar anaërobisch wachsend erhält B ein trockenes Aussehen mit metallischem Glanz, während A 2—3 Monate hindurch ein feuchtes Aussehen behält. Morphologisch entwickelt B auf diesem Dextroseagar Involutionsformen, die bei A nicht auftreten. Daneben gibt es noch feinere morphologische und kulturelle Unterschiede, die vom Verf. ausführlich erläutert werden.

A Case of Poikiloderma Atrophicans Vasculare (Ein Fall von Poikiloderma atrophicans vasculare), von K. M. Bowman und E. C. Clark-Boston. S. 583. Ausführlicher klinischer und Sektionsbericht über einen Fall von Poikiloderma atrophicans vasculare mit fleckigem Exanthem, trophischen Ulzera, atrophischer Kontraktur der Hände und Verlust sämtlicher Endphalangen der Finger und Zehen durch Gangrän. Daneben chronische Myokarditis, fibrinöse Perikarditis, alte Pleuritis, chronische Stauungsleber, Aszites und Arteriosklerose. Verff. halten nach dem Studium der 18 in der Literatur bekannten Fälle 3 Ursachen für einleuchtend: Infektion, zu starke Hitze- oder Kälteeinwirkung und endokrine Störung. Als vierte bisher nicht angegebene Ursache nehmen Verff. eine nervöse Störung an, die primär vielleicht in den sympathischen Ganglien zu suchen ist. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Česká Dermatologie

1927, Bd. 8, Nr. 6

Lipasen im Blutserum bei Psoriasis und anderen Dermatosen, von E. Durdello-Prag. Der Verf. prüfte die Ergebnisse Rejseks, betreffend die Vermehrung und die Schwankungen der Lipasen im Blutserum der Psoriatiker an 14 Psoriasisfällen mittels der stalagmometrischen Methode von Rona-Michaelis nach und gelangte zu folgenden Resultaten: Die Menge des normalen Serums schwankt in ziemlich weiten Grenzen. Unter den 14 Psoriasisfällen war sie in 8 Fällen unter dem Durchschnitt, in 2 Fällen entsprach sie demselben und in 4 Fällen lag sie oberhalb des Durchschnitts. In einem Falle nahm die Lipasenmenge nach eingetretener Besserung des Zustandes ab. Ferner untersuchte der Verf. das Blutserum bei einigen anderen Dermatosen und bei Lues, doch wich bei diesen Fällen die Menge der Lipasen vom Durchschnitt nicht wesentlich ab. Ein endgültiges Urteil über die Bedeutung der Lipasenmenge behält sich der Verf. noch vor.

Zur Reaktion des Vaginalsekretes nach Opitz-Danin, von K. Huth-Prag. Der Verf. prüfte in 85 Fällen (frischen, chronischen und ausgeheilten Tripper, Fluor verschiedener Art) die Angaben von Opitz und Danin nach und konnte dieselben nicht bestätigen. Die Methode ist daher weder für den praktischen Arzt, noch für den Polizeiarzt brauchbar und kann die mikroskopische Untersuchung weder ersetzen noch unterstützen.

Kombinierte chirurgische Behandlung des Ulcus cruris, von St. Novakovič-Prag. Mitteilung eines Falles von Unterschenkelgeschwür, das den ganzen Umfang des Unterschenkels ergriffen hatte (die Breite betrug vorn 7, medial 12, hinten 6, lateral 20 cm, die Tiefe 1 cm) und der Klinik behufs Amputation zugeschickt worden war.

Digitized by Google

Nach periarterieller Sympathektomie, Lockerung der kallösen Ränder durch Umschneidung und Längsschnitte durch die Haut und die Aponeurose und breiter Abtragung der letzteren am oberen Rand des Geschwürs, Exkochleation desselben und Bedeckung mit Thierschen Lappen trat rasche Heilung ein, so daß nach 30 Tagen das ganze Geschwür epithelialisiert war.

1927, Bd. 8, Nr. 7

Zur Pathogenese der Dermatitis herpetiformis Duhring, von J. Hynie-Prag. Die histologische Untersuchung des mitgeteilten Falles ergab, daß die Blasenbildung sehr bald anfängt, früher als man es makroskopisch feststellen kann. Es entsteht zunächst in den Papillen ein Ödem, das mit einer intensiven Gefäßerweiterung und einer mäßigen unspezifischen Infiltration einhergeht. Sodann kommt es in einzelnen Papillen zur Bildung kleinster subepidermaler Bläschen, die sich durch Konfluenz vergrößern. In der Epidermis waren nur sekundäre Veränderungen zu konstatieren: unten ist die Epidermis unscharf begrenzt, im Zentrum findet man Epithelverschmälerung, an der Randzone Durchtränkung und kleinste Höhlen. Die betreffenden Zellen sind regressiv verändert. Das Verhalten der Epidermis ist also als passiv zu bezeichnen. Diese Befunde sprechen dafür, daß die Krankheitsnoxe nicht von außen einwirkt. Doch fällt es schwer, an „Hämatodermie" im Sinne der Franzosen zu denken und daran festzuhalten, zumal da die Eosinophilen fehlen, auf deren Vorhandensein die ganze Theorie aufgebaut wurde. Wahrscheinlicher ist ein infektiös-toxischer Ursprung, zumal da der Kranke unter septischen Symptomen starb. In Kulturen, die aus dem Milztumor angelegt wurden, wuchsen schnell Streptokokkenstämme heraus. Hypersekretion und Entzündung, die nach Šamberger ein Streptokokkenvakzin hervorrufen kann, waren ebenfalls vorhanden. Die Wirkung dieser Noxe könnte man auch in der Weise deuten, daß sie den vasomotorisch-endokrinen Apparat aus dem physiologischen Gleichgewicht gebracht; es könnte auch das infektiös-toxische Agens seinen Einfluß auf das antitoxische hepatorenale System ausüben, auf dessen Insuffizienz die anormalen Zucker-, Chlorid- und Harnsäurewerte im Blute hindeuten. Auf diese Störung deuteten auch Versuche des Verf. mit intravenöser Applikation von Bromsalzen, ohne daß Verf. daraus auf Beziehungen zwischen Bromsalzen und Entstehung der Dermatitis herpetiformis Duhring schließen möchte. Sollten die Streptokokken tatsächlich in einem kausalen Zusammenhang mit der Krankheit stehen, dann bliebe die Frage offen, unter welchen Umständen die überall anwesenden Streptokokken diese so seltene Krankheit hervorzurufen vermögen.

Erfahrungen mit der Gonokokkenvakzine der Staatsgesundheitsanstalt, von E. Durdello-Prag. Fortsetzung folgt. G. Mühlstein-Prag.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, H. 4

Un cas d'acrodermatite continue guéri par un auto-vaccin (Ein durch Autovakzine geheilter Fall von Acrodermatitis continua), von H. Oltramare, J. Golay und A. Staroþinsky-Genf. S. 193. Bei einer 28jähr. Patientin mit Acrodermatitis continua gelang es, durch 4 Injektionen von Autovakzine (Strepto-Staphylokokkenvakzine, 5 Milliarden Keime pro 1 ccm) eine Heilung der Hauterscheinungen zu erzielen. Anfangs wurde täglich 0,2—0,5—0,7 ccm injiziert; letztere Dosis bewirkte eine starke Reaktion. Die Injektionen wurden auf 0,4—0,5 ccm herabgesetzt. Nach mehrwöchiger Behandlung trat ein Rückfall auf, auch dieser wurde durch Autovakzine-Injektionen (1 Milliarde Keime pro 1 ccm) beseitigt. Bis zum Zeitpunkt der Korrekturdurchsicht blieb die Patientin frei von Rückfällen. Verff. glauben, daß die Hallopeausche Akrodermatitis etwa in eine Gruppe mit der Dermatitis herpetiformis Duhring zu stellen ist. Die Vakzinetherapie wird als Proteinwirkung aufgefaßt.

Les streptococcies épidermiques étudiées par une nouvelle méthode de culture (Untersuchung der streptogenen Epidermiserkrankungen mittels einer neuen Kulturmethode), von H. Haxthausen-Kopenhagen. S. 201. Der flüssige Nährboden besteht aus Bouillon (p_H 7,5) und 1% Glykose; er wird sterilisiert. Dann wird Kristallviolettlösung, die nur kurz aufgekocht wird, in Konzentration von 1 : 1000000 und 1 : 200000 tropfenweise (im ganzen mehrere Tropfen) hinzugefügt. Als fester Nährboden wird Bouillon + 2% Agar-Agar, dem 10% menschliches Blut zugesetzt wird, benutzt. Die Kristallviolett-

Digitized by Google

lösung, die noch hinzuzugeben ist, soll Konzentrationen von 1 : 50000 und 1 : 200000 haben. Kristallviolett begünstigt das Wachstum der Streptokokken; das Wachstum der Staphylokokken wird unterdrückt. Zur Streptokokkenzüchtung hat sich die Methode dem Verf. sehr bewährt. Auf Grund seiner Untersuchungen zählt H. Impetigo vulg., Ekthyma, Intertrigo zu den streptogenen Erkrankungen. Die von Jadassohn beschriebene Impetigo, die in Gestalt großer Blasen auftritt, ist wahrscheinlich staphylogen bedingt. Pemphigus der Neugeborenen wird durch Staphylokokken hervorgerufen. Bei der Pityriasis simplex ist wahrscheinlich eine streptogene Ätiologie anzunehmen; bei den Seborrhoiden des Körpers ist die Ätiologie zweifelhaft. Verf. möchte eine Gruppe „streptogene Pityriasis" schaffen, in die gewisse Fälle von Eczema seborrhoicum und von Ekzematiden einzureihen sind.

Syphilis cliniquement évolutives à sérologie muette (Klinisch sich entwickelnde Syphilis mit negativer Seroreaktion), von Ch. Laurentier-Toulouse. S. 213. Bekannte Tatsachen. Schilderung von Fällen von sekundärer Syphilis mit negativer WR. Beschreibung von Fällen sich entwickelnder Neurolues mit negativen Reaktionen in Blutserum und Liquor.

Erythème polymorphe à poussées récidivantes (forme de passage allant vers la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq), accompagnée de poussées d'urticaire (Rezidivierende Schübe von Erythema exsudativum multiforme mit gleichzeitig auftretenden urtikariellen Erscheinungen [Übergangsform zur Dermatitis Duhring-Brocq]), von P. Lanzenberg-Straßburg. S. 220. Bei einem 50jähr. Photographen zeigen sich besonders nach Alkoholgenuß seit etwa 20 Jahren Urtikariaschübe, die besonders stark gegen Ende des Winters auftreten. Seit etwa 10 Jahren tritt zum Frühlingsanfang außerdem noch Erythema exsudat. multiforme in die Erscheinung. Letzteres dauert etwa 3—4 Wochen, die Urtikaria bleibt dadurch unbeeinflußt. Im Verlauf der letzten 3 Jahre machen sich auch gleichzeitig Allgemeinerscheinungen des Körpers (Müdigkeit, Kopfschmerz, Verdauungsstörungen) bemerkbar. Bei der Krankenhausaufnahme besteht eine Urticaria und Erythema exsudat. multif. Die Mundschleimhaut ist besonders schwer befallen, es finden sich große syphilisähnliche Plaques. Der Gaumenbogen ist ulzeriert und ebenso wie der untere Teil der Zunge mit diphtheroiden Membranen bedeckt. Die Mundaffektion ist sehr schmerzhaft. Die Urtikaria kann als anaphylaktische Erscheinung aufgefaßt werden, während das multiforme Erythem vielleicht im Sinne einer Sensibilisierung des Körpers zu deuten ist. Die Allgemeinerscheinungen sind möglicherweise Zeichen eines anaphylaktischen Choks. Eigenblutbehandlung hatte bei den Kranken guten symptomatischen Erfolg. A. Holländer-Bielefeld.

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1927, Bd. 153, H. 1

Zur Frage der Beziehungen des Lupus erythematosus zur Tuberkulose, von G. Birnbaum, Hautkl. Würzburg. S. 1—19. Für die Annahme, daß der Lupus erythematosus tuberkulöser Natur sei, fehlt der histologische, kulturelle und experimentelle Nachweis. Ein schwerwiegender Einwand ist das Fehlen der Herdreaktion auf Tuberkulin, das fast regelmäßig beobachtet wird. Bei den vorliegenden 43 Fällen, obwohl gewöhnlich 5 mg und darüber Alttuberkulin gegeben wurde, trat sie niemals auf. In den vergleichend, intrakutan im Herd und in der gesunden Haut geprüften Fällen trat auf nachfolgende intramuskuläre Tuberkulinzufuhr allein an den Impfstellen eine Reaktion auf. Bemerkenswert sind 4 Fälle, die nach negativem Ausfall der Intrakutanimpfung später intramuskulär mit ansteigenden Dosen geprüft wurden und bei denen sowohl eine allgemeine Reaktion als eine solche der Impfstellen und Krankheitsherde überhaupt ausblieb. Diese Patienten waren offenbar tuberkulosefrei. Demnach konnte auch ihr Lupus erythematosus nicht tuberkulöser Natur sein. In einem Falle bestand neben dem Lupus erythematosus ein Lupus vulgaris an einer anderen Körperstelle. Wiederholte Impfungen brachten nur an letzterem Herdreaktionen. Nach solchen Ergebnissen kann die Tuberkulose unmöglich die einheitliche Ursache des Lupus erythematosus darstellen.

Über benigne, nicht naevoide Melanoepitheliome der Haut nebst Bemerkungen über das Wesen und die Genese der Dendritenzellen, von B. Bloch-Zürich. S. 20—40. Bericht über zwei Tumorformen, die anscheinend benigne Epitheliome darstellen. Bei der einen handelt es sich um zirzinäre im Zentrum regressive Papeln, dunkelbraun, papillär und krustös. Histologisch finden sich Basalzellen mit mäßiger Kernatypie und

Digitized by Google

zahlreichen Mitosen, in die rundliche Inseln von spinulären Zellen eingesprengt sind. Neben den Basalzellen in ganz diffuser und unregelmäßiger Weise mit ihnen abwechselnd finden sich pigmentierte Zellen von dendritischem Bau. Frei von mitotischen Vorgängen lassen sich Übergänge zu den Zellen vom Basaltypus erkennen. Pigment findet sich auch in der Kutis teils frei, teils in Chromatophoren. Die andere Tumorform wird repräsentiert durch solitäre, leicht erhabene Knoten mit dunkel-bläulich-braunem Kolorit. klinisch einem beginnenden Naevuskarzinom ähnlich. Histologisch liegt ebenfalls ein basozellulärer Typus vor, aber es fehlen in diesen Epitheliomen völlig die dendritisch gebauten Melanoblasten. Das Melanin findet sich vielmehr in den sämtlichen Geschwulstzellen, und zwar im Protoplasma des Zelleibes. In einem Falle war das Korium völlig pigmentfrei, in einem anderen dagegen reichlich durchsetzt. Die Befunde geben Anlaß zur Erörterung der Genese der Dendritenzellen. Die neuere Massonsche Lehre, wonach dieselben nervöser Abstammung sein und als die eigentlichen Pigmentbildner der Haut (Chromatoblasten) ihr Produkt an die hierzu unfähigen Epithel- und Kutiszellen abgeben sollen, wird durch die vorliegenden Beobachtungen nicht gestützt, vielmehr jene ältere Theorie, die in den Dentritenzellen eine morphologisch und funktionell spezifische Entwicklungsstufe der Basalzellen erblickt.

Zur Behandlung schwerer Verbrennungen mit Bluttransfusion, von G. Riehl jun., Hautkl. Riehl-Wien. S. 41-65. Angewandt wurde die Methode von Percy (intravenöse Injektion des Spenderblutes) nach vorheriger Bestimmung der Blutgruppengleichheit nach der Hämotestprobe von Moritsch und Neumüller. Das Ergebnis war in 32 Fällen eine beachtliche Steigerung des therapeutischen Erfolges. Von voraussichtlich tödlichen Fällen wurden 10 geheilt. Eine beträchtliche Verlängerung des Lebens bis zu Wochen zeigten 11 Fälle. In 2 Fällen war der Erfolg negativ. Bei 5 Patienten war die Prognose nicht tödlich zu stellen, trotzdem gingen 2 von ihnen ein, einer an Sepsis und einer an unerklärbarer Ursache. Meist wurden etwa 200—400 ccm Blut so frühzeitig wie möglich transfundiert. Wiederholungen scheinen ohne merklichen Einfluß zu sein und andererseits schon kleinere Mengen von Blut einen günstigen Einfluß auszuüben. Die Wirkung beruht sicher nicht auf einem bloßen Ersatz von Serum oder von roten Blutkörpern, sondern vielleicht auf einer Stimulation des hämotopoetischen Systems. Die Bluttransfusion stellt demnach eine Bereicherung der Therapie bei schweren Verbrennungen dar. Sie ist neben Kochsalzinfusionen und der chirurgischen Behandlung der Schorfe die Methode der Wahl.

Jodkaliüberempfindlichkeit und Grundumsatz bei Dermatitis herpetiformis, von C. Klepper, Univ.-Hautkl. Kiel. S. 66—74. Von 10 Dermatitis-herpetiformis-Kranken reagieren auf Einreibung mit Jodkalisalbe alle auf abgeheilter und 7 auch auf früher stets normaler Haut mit der Entwicklung von Blasen. Die Reaktion ist die Folge des Jodkali, nicht des Vehikels bzw. der Vaseline, da sie auch durch fettfreien Jodkalibrei erzielt wird. Von den Kranken, denen Jodkali per os gegeben wird, bekommen 6 neue Eruptionen, während 4 frei bleiben. Die Ausscheidung des Medikamentes durch den Harn ist bei 3 untersuchten Patienten der Menge nach normal, der Zeit nach verkürzt. Der Grundumsatz in der Mehrzahl der Fälle um mehr als 10% erhöht. In 2 Fällen bestehen unspezifische Reaktionen, Nachröten der Haut auf mechanischen Reiz, wie sie auch bei Patienten mit anderen Hautkrankheiten beobachtet werden. Blasenbildung nach Einreibung von Jodkalipräparaten ist unbedingt spezifisch für Dermatitis herpetiformis: bemerkenswert ist die Bindung der Reaktion an die Kaliumverbindung, da sie nicht mit anderen Jodsalzen wie z. B. dem Jodnatrium, gelingt.

Flaches oberflächliches Hautepitheliom mit eigenartigen histologischen Befunden, von S. Fuss, Hautabt. d. Stadtkrhs. Ludwigshafen a. Rh. S. 75—85. Bei einem 60jähr. Heizer hatten im Laufe von 10 Jahren in der Umgebung der Augen Veränderungen der Haut Platz gegriffen, die im wesentlichen einerseits durch fleckförmige Über- oder Unterpigmentationen, andererseits durch mehrere stecknadelkopf- bis linsengroße warzige oder schuppende Exkreszenzen dargestellt werden. Eine derselben hat sich zu einem verschieblichen mit der Haut verwachsenen erbsengroßen Tumor mit nabelförmiger Einziehung entwickelt, die in einer kleinen eiterabsondernden Fistel mündet. Die histologische Untersuchung ergibt, daß die Veränderungen der Haut durch flächenförmige oder warzige Epitheliome bedingt werden, die auffallenderweise keinem einheitlichen Typ entsprechen, sondern im dichten Nebeneinander teils einem Krompecherkrebs, teils einem verhornenden Plattenepithelkarzinom. Der erwähnte größere Knoten mit Fistelbildung enthielt nur Spuren karzinomatöser Elemente und bestand aus Granulations- und Riesenzellen. Die Entstehung desselben wird als Ausdruck pro- und regressiver Vorgänge

Digitized by Google

betrachtet (Infektion, Heilung). Im Korrekturnachtrag werden 2 Fälle von Jadassohn zitiert, bei welchen ebenfalls Mischepitheliome vorlagen. Das Wesen des Karzinoms liegt nicht in der Formänderung, sondern in der Krankheitsbereitschaft des Epithels.

Über Impetigo herpetiformis bei nichtschwangeren Frauen, von Ch. Tanimura, Hautkl. Osaka-Japan. S. 86—89. Bei einer 37jährigen, sicher noch nicht schwangeren Frau trat der Ausschlag unter hohem Fieber auf. Die gruppierten Pusteleruptionen heilten schließlich unter Pigmentation narbenlos ab. Sorgfältig ausgeführte Kulturen aus Blut und Pustelinhalt immer negativ. Dagegen wurde beobachtet, daß Mäuse, denen 0.4 Krankenserum in die Schwanzvene eingespritzt wurde, sofort erkrankten und zur Hälfte eingingen. Da das Serum Gesunder in dieser Menge sonst anstandslos vertragen wird, so ist auf ein vorhandenes Gift zu schließen. Gleichzeitig weist das Blut der Kranken einen positiven Widal auf, so daß eine Kombination mit Typhus abdom. vorzuliegen scheint. Inwieweit demselbem eine ätiologische Rolle zufällt, muß vorläufig dahingestellt bleiben.

Über entzündliche Hautatrophie mit multipler Lipombildung, von H. Simon, Mediz. Abt. Krhs. Hamburg-Barmbeck. S. 90—98. Eine 46jähr. Frau an Asthma bronchiale leidend, deren Vater tuberkulös war, erkrankt an Atrophie der Haut an den unteren Extremitäten und an einer solchen des linken Unterarmes im besonderen an der Streckseite. Innerhalb dieser Veränderung haben sich zahlreiche Lipome von verschiedener Größe entwickelt. Die Konsistenz der Lipome war weich und elastisch, so daß zunächst an Lymphangiom gedacht wurde. Die wahre Natur der Tumoren ergab sich nicht bloß aus dem histologischen Befunde, sondern auch aus der feststellbaren Erniedrigung der Hauttemperatur über den Lipomen und der an ihnen nachweisbaren Volkmannschen Einziehung.

Über Erythema induratum, von A. Forster, Hautkl. Bern. S. 99—116. Die Grundlage der Arbeit ist eine Statistik über 25 Fälle aus der Zeit von 1907—1925. Im Gegensatz zu früherer Auffassung ist Geschwürsbildung häufig, 60% aller Fälle. Die Behauptung, daß die Geschwürsbildung eine Folge der Röntgentherapie sei, ist unrichtig. Die Lokalisation der Geschwüre betrifft ausschließlich die Unterschenkel, auch bei weiterer Ausbreitung des Erythems. Bei einigen Frauen wurden auch Kombinationen mit Ulzerationen der Schleimhaut beobachtet (Mund und Genitale). Als eine forme fruste wird eine manschettenartige, nach oben nicht scharf begrenzte rotblau bis blauviolette, oft fleckförmige Verfärbung der Unterschenkel oberhalb der Malleolen betrachtet. Fieber wurde nur in einem einzigen Falle beobachtet. In 18 Fällen konnte eine frühere oder gleichzeitige Tuberkulose, in einem nur eine familiäre Belastung mit solcher festgestellt werden. Bei drei von diesen fanden sich auch noch andere Tuberkulidformen. Die Tuberkulinreaktionen waren in allen Fällen stark positiv. Merkwürdigerweise reagierte die Umgebung der Krankheitsherde eher schwächer als entferntere Partien. In einigen Beobachtungen stellte die Bazinsche Dermatose die erste und einzige Manifestation dar, da der primäre Herd nicht immer feststellbar ist. Die Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes wird auf Zirkulationsanomalien zurückgeführt.' Nicht weniger als 20 Frauen übten einen Beruf aus, bei dem sie täglich viele Stunden stehen mußten. Das Erythema induratum ist weiterhin eine Saisonkrankheit, die an den Eintritt kühler Witterung gebunden ist. Es gibt Fälle, bei denen sich die Schübe in gleichbleibenden oder sich ändernden symptomfreien Intervallen einige oder mehrere Jahre lang wiederholen und schließlich abheilen. In anderen Fällen bleibt die Veränderung über den ganzen Winter bestehen und zieht sich manchmal bis in den Sommer hinein. Schließlich kommt noch eine Dauerform ohne symptomfreie Pausen vor. Sie kann sich von Anfang an entwickeln oder im Anschluß an periodische Schübe. Therapeutisch wird Bettruhe, Adstringentien, Röntgenbestrahlungen, intern Arsen (nicht selten auch in Form von Salvarsan) und Gold (Krysolgan und Sanokrysin) empfohlen.

Zur Frage der Bedeutung der reflektorischen Vorgänge im Organimus nach intrakutaner Reizung, von A. Straszynski, Hautkl. Warschau. S. 117—122. Intrakutane Injektionen mit 0,6 Aolan (3 Quaddeln à 0,2 ccm) bewirkten meistens bei alten Blennorrhoen Provokationen, aber weder Aolan noch Eigenblut in dieser Anwendungsform erzielte bei Epididymitis Besserung, gewöhnlich Zunahme der entzündlichen Erscheinungen. Die an der Einstichstelle auftretenden lokalen Reaktionen waren unspezifisch. Weiter ergab sich, daß der nach intrakutanen Injektionen einsetzende Leukozytensturz zwar nicht selten beobachtet wird, aber unabhängig davon ist, ob der Zustand der Haut normal oder in größerer Ausdehnung pathologisch verändert ist. Das Eintreten dieser Erscheinung ist aller Wahrscheinlichkeit nach die Folge einer individuellen, funktionellen Reaktions-

Digitized by Google

weise des vegativen Nervensystems. Der Leukozytensturz scheint am häufigsten bei Vagotonikern einzutreten, nicht hingegen bei Sympathikotonikern oder bei einer Hypotonie des Vagus. Der therapeutische Einfluß der intrakutanen Injektionen wird gering bewertet.

Lues und Provokation, von O. Dittrich, Univ.-Hautkl. Kiel. S. 123—131. Als 1. Beispiel wird eine Lues papulosa angeführt, die sich auf dem Boden eines seborrhoischen Ekzems entwickelt. Der Reiz wird in der zersetzenden und entzündungserregenden Wirkung von Ölsäuren erblickt, welche der seborrhoische Prozeß produziert. Der 2. Fall betrifft die Entwicklung eines tuberösen Syphilids im Gebiet einer schon lange bestehenden Rosazea. In einem 3. Falle bewirkte der traumatische Einfluß einer Verschüttung die Ansiedlung eines serpiginösen Syphilids auf einer Rückenhälfte. In einem 4. Falle entstanden Luesrezidive auf dem Boden von Hg-schäden. Schließlich handelte es sich um eine Furunkulose, Follikulitis und Trichophytie, die sich mit luetischen Produkten komplizierten. Die betreffenden Hautprozesse bedingen Zirkulationsstörungen, die ihrerseits zu Ernährungsstörungen der versorgten Gebiete führen. Diese wiederum setzen die immunisatorischen Fähigkeiten des Gewebes herab, wodurch die Spirochäten wieder aktiv und virulent werden.

Gonorrhoische Infektion akzessorischer Gänge des Penis und Skrotum (ein Beitrag zur Urethrographie), von S. Schönhof, Deutsche Hautkl. Prag. S. 132—144. Als Folge einer langjährigen Blennorrhoe entwickeln sich bei dem beobachteten Patienten Abzesse an der Unterseite des Gliedes, im Penoskrotalwinkel und besonders reichlich am Hodensack, die zu Harnfisteln sich umwandeln. Einige vernarben, andere bleiben bestehen. Beim Urinieren geht zunächst etwas Harn durch die Urethra ab, dann beginnt er aus den verschiedenen Fisteln abzutropfen und unter starkem Pressen wird er dann aus den Fisteln des Penoskrotalwinkels und des Hodensacks im Strahl entleert. Die Injektion mit Kontrastin (Dyroff) ergab einen bemerkenswerten urethrographischen Befund. Unterhalb der starr infiltrierten, vielfach strikturierten Harnröhre befindet sich ein breiter Gang mit divertikelartigen Ausbuchtungen, der in der Gegend des Sulcus coronarius blind endet. Er steht in der Pars membranacea in Verbindung mit der Urethra und weiterhin mit einem sackartigen Hohlraume in der Gegend des Penoskrotalwinkels, von dem aus mehrere Gänge zu den Fistelöffnungen an der Oberfläche des Skrotums ziehen. Histologisch handelte es sich um mit Epithel ausgekleidete Gänge. Demnach nicht um einfache Fisteln, sondern um infizierte akzessorische Gänge, Zysten und Divertikel.

Über ausgedehnte multiple bilaterale Tierfellnaevi bei dem einen von zwei eineiigen Zwillingen, von H. W. Siemens und P. J. Waardenburg, Hautkl. u. Polikl. München. S. 145—156. Bei eineiigen Zwillingen wurden bisher nur unilaterale Naevi beobachtet, die regelmäßig nur bei einem der Kinder vorhanden waren. Bei der mitgeteilten Beobachtung, bei der es sich um 13jähr. Zwillinge handelt, weist der eine einen angeborenen symmetrischen Tierfellnaevus in Form einer sogenannten Rückendecke auf sowie zahlreiche (mindestens 62) größere und kleinere Nebennaevi gleichen Charakters am übrigen Körper. Der andere Zwilling zeigt keinerlei Besonderheiten ähnlicher Art inbezug auf Naevusbildung. An der Eineiigkeit der beiden Kinder ist infolge ihrer weitgehenden Identität kein Zweifel möglich. Die Unterschiede in der Naevusbehaftung der beiden Zwillinge lassen sich nicht durch Unterschiede in den Erbanlagen, sondern durch eine unterschiedliche Entwicklung gleicher Erbmassen, also durch nichterbliche Faktoren erklären. Die Beobachtung, daß echte Lentigines bei eineiigen Zwillingen häufig übereinstimmend vorkommen, läßt keinen Schluß auf die Erbbedingtheit der echten Tierfellmäler zu, im Gegenteil weist sie auf wesentliche genetische Unterschiede zwischen diesen beiden Bildungen hin.

Über Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria (Köbner), von H. Fuhs, Hautkl. Riehl-Wien. S. 157—168. Anlaß für die Arbeit bildet die Anschauung von W. Siemens, daß die nicht atrophische Epidermolysis bullosa hereditaria traumatica simplex sich histologisch durch oberflächliche (akantholytische) Blasenbildung und ätiologisch durch dominanten Vererbungstyp von der dystrophischen, mit tiefer (epidermolytischer) Blasenbildung und rezessivem Erbgang unterscheidet. Im ersten (Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria simplex) der Fälle konnte keine Art der Vererbung festgestellt werden, im anderen (Epidermolysis bullosa traumatica hereditaria dystrophica) bestand ein rezessiver Typ. Die histologischen Befunde ließen keine irgendwie verwertbaren gesetzmäßigen Beziehungen zwischen dem klinischen Bilde und der Tiefe des Blasensitzes andererseits erkennen. Dagegen ergab sich, daß vorwiegend oberflächliche Blasenbildung

Digitized by Google

dann vorlag, wenn das blasenbildende Trauma weniger intensiv einwirkte und die Mächtigkeit der Epidermis bzw. des interpapillaren Rete und des Papillarkörpers einer Ablösung der Ober- von der Lederhaut einen größeren Widerstand entgegensetzen konnte. Andererseits entwickelt sich tiefe Blasenbildung, wenn ein an sich dafür ausreichendes mechanisches oder anderes Trauma dünnere Hautpartien mit schmächtiger Epidermis und schwach entwickeltem Papillarkörper sowie mit mangelhaft entwickeltem oder verändertem elastischem Gewebe (Atrophie) trifft.

Leukonychia striata (semilunaris) arsenicalis, von H. Hoffmann, Hautkl. Breslau. S. 169—172. Die Erkrankung entstand 3 Wochen nach Beginn einer Arsenkur, die nicht gut vertragen wurde (Erbrechen). Die Entfärbung der Nägel war fast total. Nach Absetzen des Arsens verschwand dieselbe.

Ein Beitrag zur Frage der Salvarsandermatitis, von H. Kagelmann, Städt.-Hautkl. Magdeburg. S. 173—178. In 5 Fällen von Salvarsandermatitis wurde festgestellt, daß intradermale Injektionen mit Neosalvarsanlösungen 1:1000 bis 1:100000 oder aufgelegte Mulläppchen mit diesen Verdünnungen zunächst keine Reaktion erzeugten. Erst in einer Zeit von 9—11 Wochen nach der letzten Salvarsaninjektion zeigten sich auch positive Reaktionen. Die Kranken sind anfänglich gegen Salvarsan sensibel, dann findet eine Desensibilisierung statt, und im Anschluß an diese bildet sich von neuem ein weiteres Sensibilisierungsstadium heraus. Es handelt sich möglicherweise um eine Erscheinung, die bei toxischen und infektiösen Prozessen ganz allgemein vorzukommen pflegt.

Experimentelles und Klinisches zum „Lymphogranuloma inguinale". 1. Mitteilung, von W. Frei und H. Hoffmann, Hautkl. Breslau. S. 179—199. Früher recht selten, wird seit einem Jahre das Lymphogranuloma inguinale recht häufig beobachtet. Die frühere Bezeichnung als strumöser (d. h. skrophulöser) Bubo ist insofern nicht zutreffend, als Beziehungen zur Tuberkulose nicht gegeben sind. Bemerkenswerte Ergebnisse waren Hautreaktionen mit Lymphogranulomeiter. Der aus dem geschlossenen Herde entnommene Eiter, 5—10mal verdünnt, wird fraktioniert, sterilisiert und zu 0,1 intrakutan injiziert. Lokal stark entzündliche papulöse Reaktion mit Optimum am 2. Tage, während Normalpersonen ganz unbedeutend und kurz reagieren. In Anfangsstadien war die Reaktion nicht selten negativ oder unsicher, trat aber ein, nachdem das klinische Bild typisch geworden war. Mit Vakzinen aus Pseudodiphtheriestämmen ließen sich ebenfalls manchmal positive Reaktionen erzielen, mit anderen Bakterien seltener. Tierversuche, bakteriologische Untersuchungen und klinische Beobachtungen ergaben nichts Neues. Ein beobachteter Partnerfall spricht dafür, daß das Lymphogranuloma inguinale eine übertragbare Geschlechtskrankheit sui generis ist. Eine Behandlung mit Tartarus stibiatus, Yatren, Röntgen und Antiluetizis war wirkungslos. In einem Falle wurde Spontanheilung beobachtet.

Zur Frage der toxischen Wirkung des Salvarsans auf die Leber, von E. M. Lewin, Hautkl. Kiew. S. 200—208. Arsenobenzolpräparate wirken sehr häufig schädigend auf die Leberzellen. Kommt es zur Gelbsucht, so kann es im weiteren Verlaufe zur Leberinsuffizienz und zu Icterus gravis kommen. Prognostisch wichtig ist die Bestimmung der Cholalurie. Die Berechnung derselben auf viskostalagmometrischem Wege oder durch die Schwefelblumenmethode von Hay wurde durch eine Kapillarmethode ergänzt. Bei Vorliegen einer anhaltenden Cholalurie ist die weitere Anwendung von Salvarsan kontraindiziert.

Zur Frage der Beseitigung der schädlichen Wirkung des Salvarsans durch Anwendung des Chlorcalziums, von E. M. Lewin, Hautkl. Kiew. S. 209—211. Lösungen von Salvarsan mit 10% $CaCl_2$ sind unzweckmäßig, da hierdurch die toxische Wirkung des Antiluetikums zum mindesten für die Leber erhöht wird.

Zur Vererbung der Psoriasis, von K. Fürst, Univ.-Hautkl. Frankfurt a. M. S. 212—218. In 103 Stammbäumen von Psoriasisfamilien konnten 185 Fälle der Krankheit nachgewiesen werden. Männer waren häufiger vertreten als Frauen. Dunkelhaarige respektiv schwarzhaarige Personen sind relativ häufig befallen. Beziehungen zu Allgemeinerscheinungen oder anderen Hautkrankheiten waren nicht feststellbar. Bei familiärem Auftreten (36% aller Fälle) war ein dominanter Erbgang ersichtlich. In jenen Familien, in denen nur ein einziger Fall von Psoriasis manifest wird, spricht das Fehlen von Verwandtenehen gegen rezessive Vererbung. Der mangelnde Nachweis der dominanten Vererbung in solchen Fällen erklärt sich damit, daß sich eigentlich nicht die Psoriasis als solche vererbt, sondern nur die Disposition für diese Krankheit. Leider aber ist die Disposition bisher durch keine Methode mit Sicherheit feststellbar.

Digitized by Google

Studien über Lebensfähigkeit und Virulenzerhaltung der Spir. pall. in totem Gewebe (Experimenteller Beitrag zur Frage der Leicheninfektion), von Zurhelle und R. Strempel, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 219—226. Die Möglichkeit einer Leicheninfektion konnte nur bis zum 4. Tage experimentell nachgewiesen werden. Die positive Übertragung gelingt um so leichter, je weniger Zersetzungsprozesse und Bakterienentwicklung Platz gegriffen hat. Infolgedessen erhält Eisschranktemperatur am besten die Virulenz im toten Gewebe. Diese Beobachtung ist von Bedeutung für die Infektionsmöglichkeit menschlicher Leichen, da solche vielfach vor der Sektion auf Eis gelagert werden. Bei der Aufbewahrung von Schankern können die Spirochäten eine Virulenzabschwächung erfahren, die eine normale Schankerbildung beim Impftier beeinträchtigt. Es kommt hierbei entweder nur zu einem Zwergschanker (Chancre naén) oder zu einer völlig symptomlosen Syphilis (S. d'emblée); diese vorübergehende Depression des Virus gleicht sich schon bei der nächsten Weiterimpfung wieder aus. Auf diesem Wege, einen abgeschwächten Pallidastamm zu erzielen, gelang nicht. Die Virulenz der Spir. pall. geht nicht immer ihrer Bewegungsfähigkeit parallel. Denn aktive Bewegungen der Spirochäten konnten bis zum 7. Tage beobachtet werden, während die Verimpfung, wie erwähnt, nur bis zum 4. Tage gelang.

Über Verhalten des Liquors bei gummöser Haut-(Schleimhaut-)Lues, von L. Arzt und H. Fuhs-Wien. S. 227—231. Bei 40 mit Luetin geprüften Fällen mit Haut- respektiv Schleimhautgummen fanden sich bei solchen mit positiver Reaktion nur in 18% pathologische Veränderungen im Liquor, bei solchen aber mit negativer Luetinreaktion in 43%. Demnach erscheinen Tertiärluetiker mit gummösen Haut- oder Schleimhautveränderungen und positiver Luetinreaktion prognostisch besser gestellt zu sein als die Luetinnegativen. Da es möglich ist, durch Einimpfen lebender Spirochäten bei Tertiärluetischen mit negativer Luetinreaktion ein Positivwerden derselben zu erzielen, so wird in diesem Verfahren eine Chance für die Sanierung positiver Liquores und Rückbildung klinischer luogener Nervensymptome erblickt.

Lichen ruber planus nach Dürkheimer Maxquelle, von H. G. Rottmann, Hautkl. Düsseldorf. S. 232—236. Wegen eines dysidrotischen Ekzemes nimmt eine Patientin Dürkheimer Maxquelle. Nach der 7. Flasche Ausbruch eines Lichen ruber planus. Heilung mit Injektionen von Natriumthiosulfat. Toxisches Exanthem unter dem Bilde eines Lichen ruber planus oder echter Lichen ruber planus, der durch kleinste Arsenmengen auf lichendisponierter Haut hervorgerufen wurde.

Untersuchungen über die Wirkung von Leishmaniavakzine bei experimenteller Hautleishmaniose, von M. Jessner, Univ.-Hautkl. Breslau. S. 237—247. Ein Fall von typischer Hautleishmaniose gab Gelegenheit zur Anlage von Kulturen und zur Gewinnung von Vakzine. Als Versuchstiere wurden Hunde benutzt. Vakziniert man vor der Impfung, so geht dieselbe trotzdem an, nur bleiben die Beulen in ihrer Entwicklung gegenüber den Kontrollen etwas zurück und der Ablauf ist verkürzt. Vakziniert man vor der Impfung, und setzt die Vakzination gleich oder erst nach guter Entwickung der Beulen fort, so heilen diese rascher. Eine Verkürzung der Krankheitsdauer tritt auch dann ein, wenn die Vakzination erst nach der Impfung bzw. nach dem Angehen der Krankheit einsetzt. Ein Versuch, durch längere Vorbehandlung an der Impfstelle wenigstens eine genügende lokale Immunisierung zu erzielen, ist noch nicht abgeschlossen. Beim Menschen ist anzunehmen, daß die Aussichten einer therapeutischen Vakzinierung sehr viel günstiger liegen als beim Hunde.

Untersuchungen über Abderhaldensche Abbauvorgänge bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, von H. Rink, Univ.-Hautkl. Jena. S. 248—255. Der Abbau innersekretorischer Drüsen ermöglicht bei den Dermatosen keine Differentialdiagnose, wohl aber einen Einblick in die Funktion der Blutdrüsen. Beim Ekzem wie bei der Psoriasis scheinen die Schilddrüse und die Geschlechtsdrüse bzw. deren Hormone eine wesentliche Rolle zu spielen. Bei zweifelhaften Tuberkuliden und strittigen Luesfällen kann die serologische Untersuchung nach Abderhalden durch den Nachweis eines Tuberkelbazillenabbaus zur Sicherung der Diagnose mit beitragen.

Nachtrag zur Arbeit Freudenthal „Verruca senilis und Keratoma senile", in Bd. 152, H. 2. S. 256. Literarische Ergänzung.

Nachtrag zur Arbeit Perutz „Beiträge zur Klinik, Pathogenese und Therapie der Terpentindermatitis" in Bd. 152, H. 3. S. 256. Eine Erklärung zur „positiven Prausnitz-Küsterschen" Übertragung allergischer Zustände von Mensch zu Mensch.

Bemerkungen zur Arbeit Muskatblüth und Tschernogubow „Beitrag zur Kenntnis der Rezidive bei Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut nach Röntgen-

Digitized by Google

behandlung" in Bd. 152, H. 3, von Ph. Keller-Freiburg i. Br. S. 256. Bei Röntgenbehandlung fallen gerade die kranken Haare am schwersten aus. Sie müssen sorgsam manuell entfernt werden. Als Kontrolle dient das Woodlicht, in welchem die kranken Haare grün fluoreszieren. Es gestattet festzustellen, ob alle kranken Haare entfernt sind und ist demnach das beste Mittel, Rezidive zu verhüten. H. Vörner, Leipzig.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1926, Bd. 67, H. 6

Pityriasis lichenoides chronica (Pitiriasi lichenoide cronica), von G. Segrè, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1513. Veröffentlichung eines neuen Falles dieser in Italien nicht häufigen Krankheit. Es handelte sich um einen 56jähr. Mann, der ein halbes Jahr beobachtet werden konnte. Der Verf. bespricht die verschiedenen Formen der Parapsoriasis. Er hat mit Arsenik etwas Erfolg erzielt, drückt sich aber sehr vorsichtig aus und läßt die Möglichkeit, daß es sich nur um zufällige und vorübergehende Besserung handelt, zu.

Stenosis rectalis, Elephantiasis ano-rectalis, Syphiloma ano-rectalis Fournier (Stenosi rettali, elefantiasi ano-rettali, sifiloma ano-rettale di Fournier), von G. Bertaccini, Derm. Univ.-Kl. Genua. S. 1526. Fournier hat 1875 unter dem Namen Syphiloma ano-rectale eine hyperplasierende Infiltration des Zwischengewebes der ano-rektalen Wandungen beschrieben, welche eine tertiäre Erscheinung κατ' ἐξοχήν darstelle und völlig den tertiären Infiltrationen des Hodens und anderer Organe entspräche. Die untersten Mastdarmabschnitte sind vor allem befallen. Die Schleimhaut ist unverletzt. Sehr selten ist nur der After befallen. Zuweilen geht die Infiltration auch auf die Nachbarschaft in Form eigenartiger luetischer Knoten über („syphilides tuberculeuses en nappe"). Infolge der fibrösen Umwandlung der ringförmigen Infiltration kommt es zur Stenosierung des Rektums. Mikroskopisch findet man perivaskuläre Wucherungen, miliare Knötchen und Umwandlung des Zylinderepithels der Mastdarmschleimhaut in geschichtetes Plattenepithel. Die Infiltration des Rektums ist zylinderförmig; ringförmige Strikturen sind die Folge von Verschwärungen. Die Folgen sind ampulläre Erweiterung und Muskelhypertrophie des vor der Verengerung liegenden Mastdarmabschnittes sowie hoch oben beginnende Fistelbildung. Die Kranken werden anfänglich nur von der Schwierigkeit der Kotentleerung geplagt; Schmerzen, Absonderungen u. a. kommen erst später. Andere Verf. haben die Spezifität oder die Entwicklung im Bindegewebe geleugnet; aber ihr Material hat oft mit der Fournierschen Krankheitsschilderung nicht viel gemeinsam gehabt. Der Verf. berichtet über sechs weibliche Kranke, bei welchen schlecht behandelte Syphilis mit Sicherheit nachgewiesen wurde; das Leiden hatte sich ein paar Jahre nach der Infektion entwickelt. Der Erfolg der spezifischen Kur war negativ. Er ist geneigt, typische Fourniersche Krankheit anzunehmen, wenn er auch zugesteht, daß Stenosierungen des Mastdarms und ano-genitale Elephantiasis auch durch andere Ursachen als durch Syphilis bedingt sein können.

Kultur des Achorion Schönleinii aus dem Blute bei einem Fall von Favus (Coltura di Achorion Schönleinii dal sangue circolante in un caso di tigna favosa), von G. A. Ambrosoli, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1552.

Phagedaena tertiaria (Fagedenismo terziario), von L. Marchisio-Genua. S. 1563. Bei einer 57jähr. Frau traten ein paar Jahre nach der Infektion serpiginöse Geschwüre auf, welche an den Beinen oberflächlich waren, am Schädel zum Knochenfraß führten. Die Behandlung war eine allgemeine, spezifische und erfolgreich. Der Phagedänismus sei nur eine besonders schwere und bösartige Krankheitsform der Syphilis; das Warum unbekannt. An Sekundärinfektionen braucht man nicht zu denken. Dieses Urteil stützt sich auf den Erfolg der modernen antisyphilitischen Kuren.

Versuche mit intradermaler Behandlung durch Autovakzine bei Lepra (Tentativi di autovaccinoterapia intradermica nella lepra), von G. Lauteri, Derm. Univ.-Kl. Catania. S. 1573. Zwei Fälle. Unbefriedigende Resultate.

Beitrag zur bakteriologischen Erforschung der venerischen Geschwüre (Contributo allo studio batteriologico dell' ulcera venerea), von B. Cartia, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1577. Bei dem Versuch, den Streptobazillus zu züchten, wurde ein Mikrobium gefunden, welches leicht in Reinkultur zu gewinnen war. In Form, Kultur und Färbungsverhalten wich es vom Streptobazillus ab; trotzdem rief es, auf den Men-

Digitized by Google

schen überimpft, typische venerische Geschwüre hervor. Besonders häufig wurde es aus durch Autoinokulation erzeugten Impfschankern gewonnen, besonders bösartigen. Es wuchs auf allen gebräuchlichen Nährböden. In den experimentellen Impfschankern kann es sich in Reinkultur finden und leicht daraus gezüchtet werden. Der Bazillus färbt sich mit den gewöhnlichen Farbstoffen. Er steigert vielleicht die Virulenz des Streptobazillus, erzeugt aber auch vielleicht für sich allein venerische Geschwüre.

Die Vakzinetherapie der venerischen Geschwüre (La terapia vaccinale dell' ulcera venerea), von A. di Vittorio, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1588. In 30 Fällen wurde die Nicollesche Vakzine angewendet. Ausgezeichnete Erfolge; am besten bei gleichzeitiger Drüsenerkrankung. Die Injektionen geschehen endovenös. Das im Handel befindliche „Dmelkos" wirkt schwächer als die nach der Angabe Nicolles hergestellten Präparate. Bei den Geschwüren ist aber auch Lokalbehandlung nötig. Bei großen Bubonen kann die Allgemeinreaktion recht unangenehm werden. Die Vakzine gibt bei Erkrankung durch den Streptobazillus eine spezifische intrakutane Reaktion. Der Verf. schlägt vor, die endovenöse Behandlung nach Nicolle mit der lokalen Anwendung filtrierter Vakzine nach Hababon-Sala zu verbinden.

Autovakzine aus Bakteriengemisch beim Tripper (Autovaccino polimicrobico nella blenorragia), von P. G. Castellino, Derm. Univ.-Kl. Neapel. S. 1606. Neun Fälle wurden mit den unveränderten Kulturen der Urethralkeime behandelt; neunmal war die Kultur durch Zusatz von Eigenserum sensibilisiert worden; in 8 Fällen war das durch Zusatz von Pferdeserum geschehen. Die Injektionen geschahen intraglutäal, i. A. in Abständen von 3—4 Tagen. Die Allgemeinreaktionen sind mäßig, ebenso Lokal- und Herdreaktionen. Die sensibilisierten Vakzinen scheinen wirksamer zu sein. Wie bei allen Vakzinationen waren es bestimmte Komplikationen, die am günstigsten beeinflußt wurden. Castellino ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; der Referent kann sie nicht als besonders überragend bezeichnen.

Die Enzymreaktion in der Syphilis (L'enzimoreazione nella sifilide), von C. Maderna. S. 1618. 394 Syphilisfälle; darunter 30 Schanker, 70 Fälle von sekundärer, 50 von tertiärer, 40 von angeborener und 2 von Nervensyphilis. Größtenteils Übereinstimmung mit der WR. Die meisten positiven Resultate bei florider Lues, geringes Auseinandergehen bei tertiärer und angeborener Syphilis. Bei Lepra negative Reaktion (Gegensatz zu WR!). In zweifellos nichtsyphilitischen und in den zweifelhaften Fällen Übereinstimmung mit WR.

Diathermie und Prostata. Neue Elektrode für die Diathermie der Prostata und der Samenbläschen (Delle applicazioni diatermiche sulla prostata. Nuova forma di elettrodo per le applicazioni diatermiche della prostata e delle vescichette seminali), von A. Gazzarini. S. 1628. Die neue Elektrode hat ungefähr die Form anderer Mastdarmelektroden (Dommer). Die Methode wird als leicht und schmerzlos geschildert. Es kommt nicht zu Tenesmus und Überhitzung der Sphinktergegend.

A. v. Notthafft-München.

Mitteilungen aus der Literatur

Maligne Neubildungen

La malignité des fibroblastes sarcomateux du rat en culture pure (Die Malignität der sarkomatösen Fibroblasten in reiner Kultur), von A. Carrel. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1119—1121.) Die Untersuchungen wurden mit einem fusozellulären Sarkom vorgenommen, das durch Transplantation leicht übertragbar ist, enorm wächst und die Tiere ohne Bildung von Metastasen tötet. Es besteht aus fusiformen Zellen, zwischen denen sich runde, Makrophagen und Lymphozyten ähnelnde Zellen finden. Bei Kultur in Rattenplasma umgeben sich die Fragmente dieses Tumors mit einem Hofe, der erst aus Makrophagen, dann aus Fibroblasten zusammengesetzt ist. Durch eine näher beschriebene, für die Makrophagen ungünstige Kultur gelang es, diese völlig zum Verschwinden zu bringen und Reinkulturen von Fibroblasten zu erhalten. Diese Kulturen wurden bisher über 130 Tage lebend erhalten; von Zeit zu Zeit entnommene Teile der Kultur erzeugten 4—6 Tage nach der Inokulation auf Ratten einen kleinen Tumor, der sich allmählich vergrößerte und den Tod des Tieres herbeiführte.

E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Mund und Nase

Premières tentatives de vaccination anti-aphteuse réalisée à l'aide des complexes vaccino-aphteux (Erste Impfversuche gegen Maul- und Klauenseuche mit abgeschwächtem Virus), von Belin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1116—1118.) Die Impfungen können ohne jede Gefahr einer schädlichen Nebenwirkung ausgeführt werden. Sie bewirken keine manifesten Erscheinungen, jedoch einen eine gewisse Zeit andauernden Immunitätszustand; danach kann eine ein virulenteres Virus enthaltende Lymphe verimpft werden, die eine stärkere und anhaltendere Immunität gibt. E. Levin-Berlin.

Dermatomykosen

Beitrag zur Strahlenempfindlichkeit pathogener Hautpilze (Sporotrichum Beurmanni und Trichophyton gypseum). Dissertation, von L. Neidhart, Derm. Kl. Zürich. Die an Sporotrichum Beurmanni und Trichophyton gypseum angestellten Versuche Neidharts erweisen aufs neue die Sensibilität pathogener Hautpilze gegenüber Radium- und Röntgenstrahlen und tragen zur Entscheidung einer Frage bei, die nach den bisher vorliegenden Ergebnissen noch nicht als endgültig gelöst gelten durfte. Im Ruhestadium war die Strahlenempfindlichkeit viel geringer als im keimenden Zustand. Niedere Radiumdosen bewirkten keine Wachstumshemmung, mittlere Dosen leichte Hemmung mit Ausgleich, höhere Dosen bei ruhenden Sporen stärkere Hemmung; bei keimenden Sporen vollkommene Hemmung, die bei sehr hohen Dosen sowohl bei ruhenden wie keimenden Sporen erreicht wurde (etwa 12stündige Bestrahlung). Auch Röntgenbestrahlung erzielte bei Sporotrichum Beurmanni Wachstumshemmung bzw. Abtötung. F. Callomon-Dessau.

Favus et immigration (Favus und Einwanderung), von Jeanselme und Joannon. (Bull. de l'acad. de méd., 1927, Bd. 97, Nr. 18, S. 571—576.) Obwohl die Krankheit sporadisch geworden ist, besteht die Gefahr des Wiederauftretens neuer Herde durch Einschleppung von den im Orient bestehenden Herden, bei denen die sanitäre Kontrolle mangelhaft ist. Diese muß daher verbessert werden, und es ist ein Schutz gegen Einwanderung mit kontagiösen Krankheiten behafteter Personen zu schaffen und für völlige Ausheilung aller Favusträger zu sorgen. Eine verhältnismäßig große Zahl von Favusfällen wurde in den letzten Jahren bei Personen festgestellt, die als Auswanderer nach Amerika Frankreich passierten und nun bis zur Heilung ihrer Krankheit hier blieben, da sie sonst keine Einreiseerlaubnis nach Amerika erhalten hätten. Frankreich sollte sich in gleicher Weise schützen. E. Levin-Berlin.

Behandlung der Aktinomykose des Halses mit Yatren, von Th. Hünermann-Berlin-Tempelhof. (D. m. W., 1927, Nr. 19, S. 801.) Bericht über 2 Fälle von Aktinomykose des Halses, die in kurzer Zeit unter Yatrenbehandlung zur Ausheilung kamen. Die Pat. erhielten zu Anfang 0,5 ccm der 4%igen Lösung, dann täglich um 0,5 ccm steigend bis 4 ccm als Tagesdosis, insgesamt 25 ccm Yatren. F. Harry-Wiesbaden.

Sur une glossite observée à Alger. Etude du champignon présent au niveau des lésions, von J. Montpellier und A. Catanei. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 16, S. 1278.) Beschreibung einer eigentümlichen in Algier beobachteten oberflächlichen Zungenaffektion, in deren Läsionen ein der Moniliagruppe zugehöriger Pilz mikroskopisch und kulturell sowie durch das Tierexperiment nachgewiesen und differenziert werden konnte. F. Callomon-Dessau.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Die Behandlung der Skabies, von W. Kusnetzow. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 10 [Russisch]). Um der bei uns im Dorfe immer noch sehr verbreiteten Krätze Herr zu werden, empfiehlt Verf. als billigste Behandlungsmethode diejenige mit Sol. Vlemingx, wobei er dieselbe 3—5 Tage hintereinander vom Kopf bis zu den Füßen einreiben läßt und darauf nach 2 Tagen ein Bad verabfolgt. A. Jordan-Moskau.

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Recent Advances in the Aetiology, Diagnosis, Prophylaxis and Treatment of the Acute Exanthemata (Neue Fortschritte in der Ätiologie, Diagnostik, Prophylaxe und Behandlung der akuten Exantheme), von J. D. Rolleston-London. (Brit. J. of Children's Diseases, 1927, Bd. 24, S. 1.) Sammelreferat, das zu folgenden Ergebnissen

Digitized by Google

führt: Der wahrscheinliche Erreger des Scharlachs ist der Strept. haemolyticus. Die aktive Immunisierung, jetzt noch in experimenteller Vorarbeit, ist erfolgversprechend. Konzentriertes Scharlachantitoxin soll frühzeitig bei allen schweren Fällen versucht werden. Der Erreger der Masern ist wahrscheinlich der von Tunnicliff 1917 in den Vereinigten Staaten beschriebene grampositive Diplokokkus, der aus Blut, Augen, Nase und Rachen gewonnen werden kann. Injektion von Rekonvaleszentenserum wirkt prophylaktisch und abschwächend, und soll besonders bei schlecht ernährten jungen Kindern angewandt werden. Herpes febrilis und Herpes zoster sind ätiologisch verschiedene Krankheiten. Erythema infect. zeichnet sich durch neutrophile, polynukleäre Leukozytose mit Plasmazellen aus im Gegensatz zu Rubeola (Lymphozytose). Erwähnt wird noch das Exanthema subitum. H. Colman-Berlin.

Zur Kenntnis des Aussparphänomens bei Scharlach, von M. Winkel, Inn. Abt. Stadtkrkhs. Dresden-Johannstadt. (D. m. W., 1927, Nr. 23, S. 963.) Zwei Scharlachkranke wiesen in der Umgebung von Furunkelnarben und Pyodermieherden (Erreger waren Staphylokokken) das Aussparphänomen auf. In zwei anderen Fällen war in der Umgebung von Furunkeln das Exanthem unverändert vorhanden. Ein Kind, das kurz vorher Windpocken durchgemacht hatte, zeigte in der Umgebung einer linsengroßen Narbe eine markstückgroße Aussparung, während bei einem anderen Kinde in der Umgebung der Narben leichte Rötung beobachtet wurde, die sich deutlich von dem blaßroten Scharlachexanthem abhob. Es erscheint fraglich, ob das Aussparphänomen auf immunbiologischen Vorgängen beruht. Möglich ist, daß eine Schädigung der feinsten Gefäße durch vorangegangene Entzündung der Haut vorliegt. F. Harry-Wiesbaden.

Erfahrungen über das neue Scharlachserum beim Kinde, von J. Husler-München-Schwabing. (M. m. W., 1927, Nr. 17, S. 707.) Verf. gibt eine kurze Zusammenfassung seiner mit dem neuen Dochezschen Scharlachserum gemachten Erfahrungen. Der therapeutische Wert des Serums liegt in der Hauptsache darin, daß es vorzügliche antitoxische Eigenschaften besitzt, wodurch es in früh genug zur Behandlung kommenden Fällen mit starker allgemeiner Giftentfaltung einen günstigen Einfluß auf das stark gestörte Allgemeinbefinden und das übermäßige Krankheitsgefühl ausübt. Jedoch ist es außer diesen rein antitoxischen Wirkungen nicht imstande, bereits bestehende oder auch noch nicht vorhandene Komplikationen zu verhüten oder irgendwie abzuschwächen. Auch ist es nicht imstande, eine Prophylaxe gegen das nach scheinbarer Heilung des Scharlachs gefürchtete zweite Kranksein auszuüben. Es erscheint also das Serum nur für die Fälle indiziert zu sein, in denen die Krankheit sofort mit schweren toxischen Erscheinungen einsetzt, dagegen nicht bei leichtem und mittelschwerem Scharlach, also in der Hauptmasse der Fälle, ferner nicht bei längerem als fünftägigem Bestand der Erkrankung und bei bzw. gegen Scharlachkomplikationen.
B. Peiser-Berlin.

Accident oculaire grave par projection de vaccin jennérien (Schwere Augenerkrankung durch Eindringen von Lymphe), von Delord und Villard. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 607—611.) Einem Arzte geriet bei der Ausführung von Impfungen ein Tröpfchen Lymphe in das Auge; es entwickelte sich eine immer weiter um sich greifende Keratitis und Iridozyklitis, die nach Verlauf von 2 Monaten die Enukleation des Auges erforderlich machte. Zur Entwicklung einer Impfpustel war es nicht gekommen, der Patient war mehrfach, zuletzt vor 7 Jahren, geimpft worden. Der so außerordentlich schwere Verlauf ist bemerkenswert; er bedingt die Mahnung, bei Impfungen mit größter Vorsicht zu verfahren und bei zufälliger Übertragung von Lymphe so ausgiebige Spülungen anzuwenden, daß jede Spur wieder entfernt wird.
E. Levin-Berlin.

Constatation d'un exanthème chez des cobayes inoculés avec un virus de typhus exanthématique de passage (Feststellung eines Exanthems bei Meerschweinchen nach Impfung mit einem Passagevirus von Typhus exanthematicus), von J. Mesnard. (Compt. rend., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1135—1136.) Das von einer Epidemie im Jahre 1926 stammende Virus wurde durch mehrfache Passagen beim Meerschweinchen fortgezüchtet, und zwar zunächst durch intraperitoneale Impfung junger Tiere mit Herzblut, später durch Herstellung einer Emulsion aus dem Gehirn eines infizierten Meerschweinchens. Bei weiterer Impfung erwachsener Tiere und besonders bei Impfung in das Gehirn zeigten sich kleine isolierte, lebhaft rote Flecke in der Perinealgegend und bei männlichen Tieren am Präputium. Sie traten in der Zahl von 1—6 auf und verschwanden nach einigen Tagen unter Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentierung. Zu der Höhe des Fiebers bestanden keine Beziehungen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Reisebericht über einige in Nordamerika einheimische Infektionskrankheiten (Spotted Fever, Tularämie), von F. Breinl, Hyg. Inst. Prag. (Seuchenbekämpfg., Jahrg. 4, H. 2, S. 75.) Spotted Fever ist eine exanthematische Erkrankung mit sehr hoher Mortalitätsziffer, welche durch Zeckenbiß übertragen wird; der Erreger ist der Dermatroxenus Riketsii. Das Überstehen der Erkrankung verleiht lebenslängliche Immunität. Injektion von Immunserum hat präventive Wirkung, nach Ausbruch des Fiebers ist es wirkungslos. Bewährt hat sich als Impfstoff der in Karbol-Kochsalzlösung verriebene riketsienhaltige Darmtrakt der Zecken. Die Tularämie wird durch ein kleines, unbewegliches, gramnegatives Stäbchen hervorgerufen. Sie findet sich als pestähnliche Erkrankung kleiner Nagetiere, von denen sie durch Insektenstich oder direkten Kontakt auf Menschen übertragen wird. Symptome: Ulkus an der Infektionsstelle, meist Beteiligung der regionären Lymphdrüsen, Fieber, das nach 2—3 Wochen lytisch fällt. Bei gesunden Individuen fast immer Heilung. Im Blut können Agglutinine gegen Bakt. tularense nachgewiesen werden. Behandlung symptomatisch.

A. Blüth-Hamburg.

Lepra

Über die moderne Behandlung der Lepra, von G. Deycke, Allg. Krkhs. Lübeck. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 10, S. 353.) Nach einer geschichtlichen Einleitung, in der die ältere und neuere Chaulmoogratherapie besprochen wird, berichtet Verf. über sein Nastinverfahren. In einem der von D. seit 15 Jahren beobachteten Fälle ist Heilung ohne Rückfall eingetreten. Bei einer zweiten erfolgreichen Kur mit Heilung der Symptome trat Exitus nach Blinddarmoperation ein. Die Sektion ergab, daß an Stelle der Knoten die Haut bis auf geringe Lymphozytenherde normal war. Neuerdings kombiniert Verf. die Nastinkur mit einer Vakzinekur. Die Vakzine, „Strelopan" genannt, wird aus Streptothrix leproides gewonnen. Die Injektionen, angefangen mit einer 100000fachen Verdünnung, werden alle 5—7 Tage gegeben. Infolge schlechter Haltbarkeit des Benzoylchlorids hat Verf. dasselbe aufgegeben und bedient sich jetzt einer wäßrigen Emulsion mit einem eiweißartigen Stoff. Mit dem neuen Verfahren wurden bisher 2 Fälle mit Erfolg behandelt. Die Zwangsisolierung verpflichtet die Gesellschaft dazu, eine wirksame Behandlung einzuleiten. „Ohne wirksame Behandlung auch keine wirksame Bekämpfung des Aussatzes." P. Unna jun.-Hamburg.

Zur vergleichenden Histologie der Paratuberkulose des Rindes und der Lepra des Menschen. (Mit besonderer Berücksichtigung der „Fett"ablagerung in den paratuberkulösen Gewebsveränderungen), von G. Pallaske, Veter.-Path. Inst. Leipzig. (Virch. Arch., Bd. 263, H. 1, S. 189.) Histologische Untersuchungen von 6 Fällen von Pseudotuberkulose des Rindes (Johnesche Erkrankung) zum Vergleich mit Hautlepra. Die Pseudotuberkelbazillen finden sich stets intrazellulär in Epitheloid- und Riesenzellen (Fremdkörper RZ und Langhans RZ). Mit Fettfärbungen und Lipoidfärbungen fanden sich nur relativ spärliche Fetttröpfchen innerhalb der Zellen. Häufige Kerndegenerationen sowie die Fett- bzw. Lipoidkugeln lassen auf Degenerationen der Zellen schließen, ferner läßt sich auch Bazillenzerfall wie bei Lepra nachweisen. Degeneration sowie Vakuolenbildung sind nicht so konstant wie bei Lepra. Gegen Tuberkulose spricht klinischer und histologischer Befund, negative Tierimpfung und Kulturergebnis. Verf. weist darauf hin, daß histologisch zwischen Paratuberkulose und Lepra trotz mancher Ähnlichkeit doch erhebliche Differenzen bestehen.

P. Unna jun.-Hamburg.

Tuberkulose

Skin Reactions with Filtrates of Cultures of Koch Strain of Tubercle Bacillus Growing in Long's Synthetic Medium (Hautreaktionen mit Filtraten von Kulturen Kochscher Tbc.-Bazillenstämme, die in Longs synthetischem Nährboden gewachsen sind), von C. C. Saelhof und R. D. Herrold-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 19, S. 1468.) Verff. haben Tbc.-Bazillen in Longs synthetischem Nährboden, der aus Asparagin, Ammon. citr., phosph. Kali, Na carbon. u. chloric., Magn. sulf., Eisen-Ammon. citr., Glyzerin und Wasser besteht, gezüchtet, filtriert, 1 : 50 verdünnt und davon 0,1 ccm intrakutan injiziert. Es entstanden in den positiven Fällen nach 24 Stunden Reaktionen in Form von Rötung und Schwellung. Abheilung unter Pigmentation. Eine Tabelle zeigt vergleichende Werte zwischen Impfung mit diesen Reinkulturen und solchen, die auf 0,1% Dextrose — 0.1% Na phosph. Nährboden gewachsen sind. Mit dem synthetischen Nährboden erhielt man bei fast allen Gesunden positive Resul-

Digitized by Google

tate, so daß mit unspezifischer Reaktion gerechnet werden muß. Mit zwei anderen auf diesem Nährboden gewachsenen Stämmen erhielten Verff. bei 33 anscheinend gesunden Personen positive Resultate in 29 und zweifelhafte Reaktionen in 4 Fällen. Bei 2 tbc. Patienten negative Resultate. Bei aktiver Tuberkulose scheint die Reaktion durch Bildung eines Antikörpers neutralisiert und dadurch negativ zu werden.

H. Colman-Berlin.

Zur Morphologie und zum Mechanismus der kutanen Tuberkulinreaktion (von Pirquet), von N. M. Nikolajew-Moskau. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 2, S. 458.) Zum Studium des Wesens der Tuberkulinreaktion wurde bei gesunden und bei tuberkulösen Meerschweinchen die Kutanprobe mit Tuberkulin, T.B.-Emulsion und Staphylokokkenfiltrat (Besredka) angestellt und der Ablauf histologisch beobachtet. Es werden 2 Phasen der entzündlichen Reaktion unterschieden. Die 1. vorwiegend exsudative tritt bei tuberkulösen und bei gesunden Tieren auf, und zwar sowohl nach spezifischen, als auch nach unspezifischen Proteinen. Bei tuberkulösen Meerschweinchen ist sie deutlich verstärkt. Die 2. vorwiegend proliferative Phase war nur bei tuberkulösen Tieren und nur nach Anwendung spezifischen Antigens vorhanden. Die Verstärkung der 1. Phase bei tuberkulösen Individuen ist unspezifisch und erklärt sich durch eine Erhöhung des Gefäßnerventonus, die proliferative Phase ist als spezifisch anzusehen und beruht auf einer Umstimmung der mesenchymalen Zellen. E. Schröpl-Prag.

Über perkutane Einverleibung virulenter Tuberkelbazillen, von H. Koopmann, Lungenfürsorgestelle Hamburg. (D. m. W., 1927, Nr. 21, S. 880.) Sämtliche Impflinge zeigten am 2. Tage eine positive Lokalreaktion, die in geröteten, erhabenen, sich heiß anfühlenden Strichinfiltraten bestand. Eine einwandfreie Herdreaktion wurde nicht beobachtet. Die Allgemeinbeschwerden waren Müdigkeit, Glieder- und Kopfschmerzen, die jedoch bald verschwanden. Die Lokalreaktion war bis auf wenige Ausnahmen in 14 Tagen abgeklungen. Das Ergebnis der $1^1/_2$ Jahr zurückliegenden Impfung war, daß von 20 Patienten 4 infauste Fälle starben; 2 wurden aus infauster Prognose zu zweifelhafter gebessert, 3 aus zweifelhafter zu guter Prognose. Die besten Erfolge wurden bei zirrhotischer Tuberkulose erzielt. F. Harry-Wiesbaden.

Die eosinophilen Lymphome der Hühnervögel und ihre Bedeutung für die Frage der Gewebseosinophilie und der Lymphogranulomatose beim Menschen, von M. H. Corten. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 2, S. 400.) Aus der Untersuchung eines tuberkulösen Hühnerlymphoms, welches große Ähnlichkeit mit der menschlichen Lymphogranulomatose zeigte, leitet Verf. den Schluß ab, daß infolge der Schädigung des lymphatischen Apparates bei der Lymphogranulomatose Leukozyten die Funktion der Lymphozyten übernehmen und dadurch zu eosinophilen Zellen werden. Weiter nimmt Verf. an, daß das Auftreten der eosinophilen Zellen und der nicht säurefesten Granula in Beziehung zu bringen sei mit der Auflösung der Lipoidhülle der Tuberkelbazillen.

E. Schröpl-Prag.

Spontaneous Fistulas in Lymphogranulomatosis (Spontane Fisteln bei Lymphogranulomatosis), von E. F. Traut-Oak Park, Ill. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 18, S. 1386.) Verf. berichtet über den Fall eines 57jähr. Mannes, der mit der Diagnose „Hodgkinscher Krankheit" eingeliefert wurde. Er hatte in 2 Jahren 35 Kilo an Gewicht verloren und zeigte große Drüsenpakete an beiden Halsseiten, der rechten Achselhöhle und in der Bauchhöhle. Über dem linken Sternokleidomastoideus entleerten sich aus mehreren Fistelgängen große Eitermassen. Trotz dieser Erscheinung konnnte histologisch Tuberkulose ausgeschlossen und Lymphogranulomatosis mit Sicherheit diagnostiziert werden. Auch diagnostische Tuberkulinimpfung und Tierexperiment verliefen negativ. Daher folgert Verf., daß die Lymphogranulomatose häufig klinisch von Tuberkulose nicht zu unterscheiden ist, daß sie spontan die Haut befallen und Fisteln produzieren kann, daß der käsige Eiter dem tuberkulösen gleicht, und daß nur die histologische Untersuchung und das Tierexperiment die Differentialdiagnose entscheiden.

H. Colman-Berlin.

Die Behandlung der extrapulmonalen Tuberkulose an der Nordsee, von C. Haeberlin-Wyk. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 3, S. 479.) Verf. hebt den günstigen Einfluß des Seeklimas mit seinen günstigen Strahlungsverhältnissen in direkter Strandnähe, der starken Luftbewegung und den Bädern, die Mineralbäder darstellen, hervor. Sogar bei Nebel kann infolge des Reichtums an Ultravioletts trahlen Hautbräunung auftreten. Bei Lupus wird neben allgemeiner auch von lokaler Besonnung ausgedehnter Gebrauch gemacht. Warnung vor gleichzeitiger Sonnen- und Röntgenbehandlung besonders bei Drüsentuberkulose. Günstige Erfolge bei Hoden- und Nebenhoden-

Digitized by Google

tuberkulose, während Blasen- und Nierentuberkulose an unseren Küsten Kontraindikationen bilden. Der Hauptteil der Ausführungen erstreckt sich auf die chirurgische Tuberkulose. Betonung des Nutzens der Herbst- und Winterkuren. Während Frankreich allein in dem Orte Berck über 10000 Betten für die Behandlung der extrapulmonalen Tuberkulose verfügt, darunter das Hôpital maritime der Stadt Paris mit 1100 Betten, besitzen wir in Sahlenburg und Wyk auf Föhr nur 300 Betten mit ähnlich vollwertiger Ausrüstung. W. Curth-Berlin.

Tuberculosis verrucosa cutis durch Daumenlutschen bei einem Säugling, von J. Duken, Univ.-Kinderkl. Jena. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 81, H. 2/3, S. 100.) Im Anschluß an den Bericht über einen lungentuberkulösen Säugling, der durch Daumenlutschen am Daumen eine typische Tuberculosis cutis verrucosa akquirierte, vertritt der Verf. den Standpunkt, daß es sich beim Lupus der Kinder stets um eine Metastase handele. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Erfahrungen mit Philoninsalbe bei der Behandlung ausgedehnter tuberkulöser Hautdefekte, von H. H. Knüsli-Scheidegg, Allgäu. (D. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1004.) Empfehlung der genannten Salbe zur Behandlung größerer Hautdefekte tuberkulöser Natur. Zusammensetzung: Cupr. jodorthooxychinolinsulfur; Arg. sulf. āā 0,1, Acid. boric., Trypaflavin āā 1,0, Bals. peruv. 10,0, Zinc. ad 100,0.

F. Harry-Wiesbaden.

Syphilis

a. Allgemeines

Läßt sich bei uns derzeit eine merkliche Zu- oder Abnahme der Syphilisinfektionen konstatieren? von E. Spitzer-Wien. (Zschr. f. soz. Hyg. Volksgesundheit, 1927, Jahrg. 1, H. 5.) Die hier und da vorgenommenen Zählungen der Syphiliserkrankungen sind unbrauchbar, da sie die dauernde Verschiebung innerhalb der verschiedenen Behandlungsstellen (Krankenhäuser, Ambulatorien, Kassen- und Privatärzte, sowie Kurspfuscher) nicht berücksichtigen. Nur eine Zählung unter Berücksichtigung dieser Momente, d. h. einer wirklichen Erfassung aller Kranken kann eine genaue Statistik ergeben. Sicher ist allerdings, daß durch die Schnelligkeit der Salvarsanwirkung die Frischinfektionen schneller abheilen und die geometrische Progression der Ansteckungen zurückgeht. Daß dadurch die Gesamtfrequenz geringer geworden ist, mag sein, ist aber nicht durch Zahlen bewiesen, sondern wird mehr gefühlsmäßig angenommen.

H. Colman-Berlin.

Behandlung der Frühsyphilis und Wandlung in den Erscheinungsformen der Syphilis, von J. Barnewitz, Städt. Hautkl. Essen. (D. m. W., 1927, Nr. 16, S. 661.) Unter 78 Tabikern waren 39 in der Frühperiode der Lues nicht, 33 Patienten nur ungenügend behandelt, die übrigen hatten im Jahre der Infektion nur eine Kur und dann in jedem Jahr eine weitere Kur durchgemacht. Unter den ungenügend vorbehandelten Fällen fanden sich mehr Kranke mit positivem Liquor als unter den nicht Behandelten. Die Statistiken verschiedener Verf., die die Wandlung der Erscheinungsformen der Syphilis beweisen sollen, enthalten keine Angaben über die vorangegangene Behandlung. Sie können auch nicht miteinander verglichen werden, da die Behandlung der Fälle nicht gleichartig gewesen ist. Zur ausreichenden Charakterisierung einer Behandlungsmethode muß neben der Menge des verabfolgten Medikamentes auch die Zeitspanne, innerhalb derer es gegeben worden ist, angegeben werden. Nur unter solchen Voraussetzungen erhobene Statistiken können uns ein Urteil über die Bedeutung der Behandlung verschaffen. F. Harry-Wiesbaden.

b. Pathologie und Klinik

Der Einfluß hochfieberhafter Infektionskrankheiten auf den Verlauf der Lues, von H. Ruge, Inst. f. Schiffs- u. Trop.-Krkh. Hamburg. (M. m. W., 1927, Nr. 20, S. 838.) Verf. untersuchte an großem Krankenmaterial den Einfluß früher durchgemachter hochfieberhafter Infektionskrankheiten auf den Verlauf einer früher erworbenen Syphilis. Das Material war durchaus international. Verf. fand, daß bei den nichteuropäischen Rassen sich überwiegend tertiäre Haut- und Knochensyphilis fand, ferner daß die deutschen Kranken weniger an nervöser und viszeraler Lues litten als die anderen Weißen. Es wurden im Institut von 1911—1926 im ganzen 187 Kranke an Spätlues behandelt. Die 11 ausgezeichneten Tabellen belehren über das Verhältnis der verschiedenen Luesformen zueinander, Inkubationszeit und insbesondere den Einfluß früher

Digitized by Google

durchgemachter hochfieberhafter Erkrankungen. Es scheint danach festzustehen, danach Überstehen solcher Krankheiten die viszerale und Nervenlues erheblich seltener als Haut- und Knochenlues ist und daß die Inkubationszeiten nennenswert verkürzt sind.
H. Colman-Berlin.

Un cas anormal de syphilis (Anormaler Fall von Syphilis), von G. Frank. (Rev. méd. Suisse Rom., 1926, Nr. 15, S. 940.) 29jähr. Chauffeur verletzte sich 1924 an der Unterlippe durch ein gesprungenes Trinkglas. Der nach einiger Zeit erst zugezogene Arzt fahndet vergeblich auf Lues, WR negativ; die ganze Zeit über bleibt die Reaktion auch negativ, das Bild ähnelte klinisch der Tuberculosa cutis verrucosa. Antituberkulöse Therapie versagte. 1926 wurde endlich Salvarsan gegeben, worauf prompt Heilung erfolgte. WR blieb nach wie vor negativ. Ob die Reaktion intra therapiam umgeschlagen, ist nicht angegeben. Es muß sich um einen Primäraffekt gehandelt haben, der nicht zu sekundären Erscheinungen geführt hat. H. Lippert-Köln.

Chancre of the Nasal Septum. Report of Three Cases (Schanker des Nasenseptums. Bericht über 3 Fälle), von E. P. Zeisler-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 22, S. 1702.) 3 Fälle von Schanker des Nasenseptums. Nur einer (Arzt) wurde im sero-negativen Stadium durch Spirochätennachweis diagnostiziert. Die beiden anderen dagegen durch Drüsenschwellung und sekundäres Exanthem. Stets war die Nase stark geschwollen, und es bestanden ausstrahlende Schmerzen.
H. Colman-Berlin.

Über Herzgummen unter besonderer Berücksichtigung der Frage der syphilitischen Riesenzellen, von H. Jansen, Hafenkrkhs. Hamburg. (Virch. Arch., 1927, Bd. 264, H. 3, S. 730.) Bericht über 3 Fälle von Herzgummen, der erste mit akutem leicht entzündlichem Prozeß, der zweite, ein Fall von angeborenem Herzmuskelprozeß mit Aortitis, der dritte mit ziemlich frischen aktiv-luischen Myokardveränderungen. Der linke Ventrikel ist bei Herzgummen bevorzugt. Die Gummen gehen aus dem perivaskulären Bindegewebe hervor, brauchen aber nicht mit spezifischen Gefäßveränderungen einherzugehen. Besonders häufig sind gerade bei Herzgummen Riesenzellen. Diese gehen z. T. aus Herzmuskelfasern hervor, wie ihre Lage in der Nähe von degenerierten Muskelfasern und die der Muskelfaserung entsprechende Richtung zeigt. Gegenüber den Riesenzellen bei Tuberkulose sind sie meist etwas kleiner. Die nach Wakabayshi die syphilitischen von tuberkulösen Riesenzellen unterscheidende Vakuolenbildung konnte in einem Falle nachgewiesen werden. Mitosen und Nekrosen fehlen sowohl in den Riesenzellen der Gummen wie in denen der Tuberkel. F. Wohlwill-Hamburg.

Über einen eigenartigen Fall von Zuckergußleber bei Syphilis, von F. Peiser und W. Nissel-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 22, S. 913.) Der 59jähr. Pat., der vor 38 Jahren an Blennorrhoe und vor 28 Jahren an Lues erkrankt war, machte 1906 einen entzündlichen Prozeß in einzelnen Teilen des Peritoneums der oberen Bauchhöhle (Leber, Milz) mit Bildung von Aszites durch. Die Erkrankung stand wahrscheinlich mit der luischen Infektion in ätiologischem Zusammenhang. Nach 20 Jahren Wiederaufflackern des Prozesses durch Endokarditis. Anatomische Diagnose: Perihepatitis und Perisplenitis chronica hyperplastica (Zuckergußleber und -milz), Endocarditis valvulae aortae, Pleuritis exsudativa, hypostatische Pneumonie beider Unterlappen, Aszites, Ikterus, Zystitis, Strikturen der Harnröhre. F. Harry-Wiesbaden.

Berichtigungen. In dem Referat der Arbeit: „Die Erbanlagen der Eineier" von L. Leven in Nr. 35, S. 1212/13, muß es am Ende heißen: Die Erhöhung der Prozentsätze bei den Kindern gegenüber der Norm ist ein Beweis für die Erblichkeit der Muster. E. Langer-Berlin.

In der Arbeit Hopf: Beitrag zur Physiologie des Myosalvarsans, Bd. 85, Nr. 33, S. 1148 auf Zeile 15 von unten, lies Dezigramm statt Zentigramm.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 40 (Bd. 85) 1. Oktober 1927

Aus der Klinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten der Mittelasiatischen Staats-Universität in Taschkent (Leiter: Prof. I. S. MILMAN)

Zur Lehre vom Lichen ruber erythematodes

Von

Dr. G. I. UMANSKY, Assistent

Mit 2 Abbildungen im Text

Die Kranke, 50 Jahre alt, fand am 21. III. 1925 mit den Symptomen starken Juckens und eines Ausschlages in der Form von Flecken und Knötchen Aufnahme in die Klinik der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Die Eltern der Kranken sind gestorben, der Vater an Herzschlag (er litt an Verfettung), die Mutter als altersschwache Greisin. In der Familie weder L. noch Tbc. Im ganzen war die Mutter fünfmal schwanger, die Geburten waren normal. Der älteste Bruder fiel im Kriege, die jüngste Schwester starb an Typhus (an welchem, ist unbekannt). Die übrigen — Schwester und Bruder — sind gesund und haben gesunde Kinder.

Die Kranke ist in der Stadt Iwanowo-Wosnesensk als Kind einer Kaufmannsfamilie geboren. Materielle Not empfand sie niemals. Zweimal verheiratet, hatte sie zwei Kinder, die jetzt tot sind. Bis in die Gegenwart lebte sie in Moskau und Leningrad, in der letzten Zeit in Alt-Buchara. Sie raucht nicht und trinkt nicht. In der Kindheit hatte sie die Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie.

Vor sieben Jahren machte sie eine Hautkrankheit durch, die als Exantheme im Gebiete der Beingelenke und der Brustdrüsen auftraten. Aus diesem Anlaß stand sie bei Prof. POSPELOFF in Behandlung, der ihr die Leibspeise — Krebse und Fische — verbot. Diese Erkrankung verging im Verlauf von drei Tagen. In Buchara erkrankte sie an Malaria.

Im März 1924 zeigte sich auf der Rückenfläche des rechten Fußes ein erythematöser Fleck, begleitet von heftigem Jucken. Indem dieser Fleck sich vergrößerte, verbreitete er sich über die ganze Hautoberfläche des genannten Fußes.

Der herbeigerufene Arzt verordnete ultraviolette Strahlen und Elektrisierung des angegriffenen Gebietes. Nach dieser Behandlung ging der Prozeß nicht nur nicht zurück, sondern verbreitete sich noch.

Am 5. X. 1924 trat zur Rötung noch Geschwulst. Von Zeit zu Zeit näßte die angegriffene Fläche. Am 12. X. 1924 trat Rötung hinter den Ohren, unter dem Kinn, den Brustdrüsen auf und verbreitete sich im Laufe der Zeit über den ganzen Körper in großen Plaques von fester Konsistenz, deren Röte bei Druck nicht verschwand. Die Erscheinung war von Jucken und Geschwulst an diesen Stellen begleitet. Hände und Füße fühlten sich in dieser Zeit kalt an und wurden bläulich.

Die Nebenerscheinungen verschwanden nach einigen Tagen, aber die Flecken blieben noch einige Zeit stationär. Die Temperatur des ganzen Körpers blieb während der Zeit des Ausschlags normal.

Die Kranke war in der therapeutischen Fakultätsklinik untergebracht, wo ihr wegen der als Ekzem diagnostizierten Hauterkrankung intravenöse Bromtherapie und örtlich Lassar-Pasta verordnet war. Da man kein günstiges Resultat erzielte, wurde statt Bromnatrium Chlorkalzium verordnet. Während der Behandlung und zu Ende derselben verschwanden die Hauterscheinungen nicht, und am 23. XI. 1924 wurde die Kranke auf eigenen Wunsch mit denselben Symptomen entlassen, die sie beim Eintritt in die therapeutische Klinik hatte.

Digitized by Google

Im Jahre 1925 zeigte sich bei der Kranken, drei Wochen vor dem Eintritt in die Klinik für Hautkrankheiten, der gegenwärtige Ausschlag. In dieser Zeit sah der Chef der Klinik die Kranke. Der Ausschlag war auf der Haut der Leistenfalten in Form von grellroten Flecken von der Größe einer silbernen Fünfundzwanzig-Pfennig-Münze lokalisiert. Von diesen Stellen begann der Prozeß sich über die Bauchhaut, die Brust und das Kinn zu verbreiten. Außer den Flecken waren noch einzelne Knötchen von der Größe eines Stecknadelkopfes vorhanden. Sie hatten eine dunklere Farbe als die Flecken und erhoben sich ganz wenig über das Niveau der Haut. Die Hauterscheinungen waren von unerträglichem Jucken begleitet, weshalb die Kranke des Schlafes beraubt war.

St. praesens: Die Kranke ist von großem Mittelwuchs und hat ein Gewicht von 84 kg. Sie ist gut genährt, die Schleimhäute sind rosarot. Von seiten des Magens und Darmkanals werden keine Abweichungen von der Norm beobachtet. Die Grenzen der Lunge liegen normal, vesikuläre Atmung. Die Herzgrenzen sind normal, die Töne hohl. Gefäße leicht sklerosiert. Puls 70. Die Milz tritt ein wenig unter dem Rippenbogen hervor.

Im Urin nichts Pathologisches.

Erythrozyten 4 620 000.

Leukozyten 5412.

Hb 70%, Blutindex 0,85, N 65%, L 30%, E 4%, M 1%.

Malariaparasiten im Blute nicht gefunden.

WR (—).

Die Hautoberfläche des Kinns, der Brust, des Bauches und der Brustdrüsen ist mit Flecken in einer Gesamtzahl von 12 übersät. Auf dem Kinn sind drei solcher Flecke: einer links von der Mittellinie von der Größe einer silbernen Zehn-Pfennig-Münze, zwei andere rechts von der Mittellinie von der Größe einer Mark. Diese Flecken haben eine grellrote Farbe, erheben sich leicht über die Oberfläche und verschwinden nicht unter dem Fingerdruck.

Die Flecken auf der Brust und dem Bauche, fünf an der Zahl, haben eine ziemlich regelmäßige Form und die Größe einer Silbermark bis Silbertalers. Sie haben sattrote Farbe, erheben sich ein wenig über die Oberfläche, sind bei Betasten von weicher Konsistenz und verschwinden nicht durch Fingerdruck. Die Empfindlichkeit ist an diesen Stellen erhöht. Auf der Brust sind einige Flecken ineinander geflossen und bilden einen großen Fleck (in der Größe von 6—7 cm).

Unter den Brustdrüsen befinden sich vier solche Flecken, sie haben denselben Charakter wie die auf der Brust und dem Bauche, aber ihre rote Farbe ist nicht so satt, und bei Fingerdruck werden sie ein wenig bleicher.

Außer den Flecken besteht der Ausschlag auch aus einer geringen Anzahl kleiner runder und vieleckiger Knötchen, die sich in der Größe eines Stecknadelkopfes bis Hirsekornes über der Hautfläche des Bauches und der Brustdrüsen erheben. Ihre Farbe ist satt- bis himbeerrot. Einige von ihnen, nämlich die auf dem Bauche, liegen isoliert voneinander, andere haben eine Tendenz zur Gruppierung.

Die Oberfläche der Knötchen ist glatt und flach mit einem wachsigen Perlmutterglanz und bläulichem Schillern. Einige Knötchen haben auf ihrer glatten, flachen Oberfläche eine zentrale Einsenkung. Im allgemeinen sind die Flecken und Knötchen symmetrisch auf der vorderen und seitlichen Hautfläche der Brust und des Bauches disseminiert.

Ein scharf umgrenzter Fleck auf der Rückenfläche des rechten Fußes im Ausmaß von 18 × 8 cm hat sattrote Farbe mit einer himbeerroten Schattierung. Dieser Fleck erhebt sich ein wenig über die Oberfläche und verschwindet nicht durch den Fingerdruck. Die Oberfläche dieser Plaque ist glatt, glänzend, und auf diesem Platze empfindet die Kranke das stärkste Jucken, das sich nachts noch verstärkt. In der Nachbarschaft dieser Plaque, näher zur großen Zehe, befindet sich ein Knötchen von dunkelroter Farbe, Größe die eines Hirsekornes, von achteckiger Form mit glatter glänzender Oberfläche, bläulich-perlmutterigem Schillern und einer undeutlich ausgeprägten zentralen Einsenkung.

Am 21. III. wurden behufs Biopsie aus zwei Stellen Stückchen entnommen: ein Knötchen aus der Brust von der Größe eines Stecknadelkopfes und aus dem Fuße ein geringes Stückchen der angegriffenen Stelle.

Am 21. III. um 12 Uhr mittags wurde zu therapeutischem Zwecke eine Lumbalpunktion durchgeführt. Es wurden 6,5 ccm Flüssigkeit herausgelassen. Der Druck

Digitized by Google

im Innern des Rückenmarkkanals war so stark erhöht, daß die Flüssigkeit in einem kräftigen Strahle spritzte. Das Punktat enthielt nichts Pathologisches.

Die histologische Untersuchung des Knötchens ergab folgendes: Die Hornschicht ist unverändert. Str. granulosum gut ausgeprägt und erreicht 3—4 Reihen. Str. spinosum normal, stellenweise vereinigen sich Epithelzapfen zu einem mächtigen, breiten Hügel. In der Basalschicht befindet sich ein unbedeutendes Infiltrat, das aus kleinen Zellen von ovaler oder runder Form mit einem schmalen Protoplasmasaum herum um den gut färbbaren Kern besteht. Stellenweise kommen vereinzelte polynukleäre Leukozyten vor. Das Bindegewebe ist ödematös. In der Papillar- wie in der Subpapillarschicht befindet sich ein Infiltrat, das sich weiter als bis zur Subpapillarschicht nicht verbreitet. Es lagert sich hauptsächlich um die Kapillaren herum, welche stellenweise erweitert sind, und begleitet ab und zu bis zur Papillarschicht. In einer Papille, wo das Infiltrat dicht an das Epithel herantritt, sieht man, wie die Basalschicht ihren charakteristischen Anblick verloren hat.

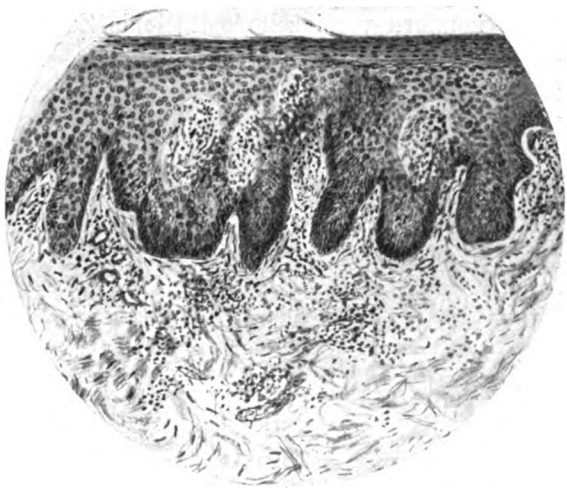


Abb. 1. Flecken

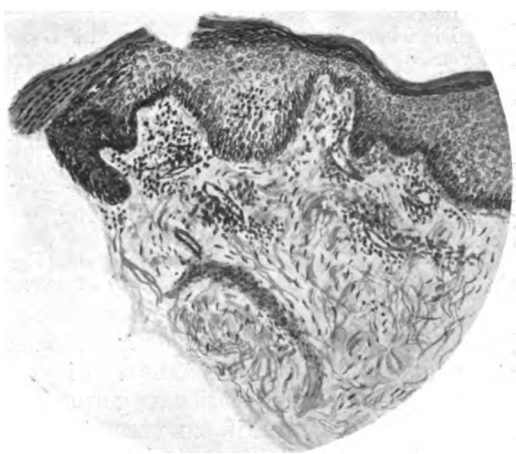


Abb. 2. Knoten

Bei der histologischen Untersuchung des Fleckes fanden wir folgendes: Die Hornschicht ist verdickt und stellt die Erscheinung starker Parakeratose mit deutlich unterscheidbaren und gut gefärbten, in der Mehrzahl von Vakuolen umgebenen Kernen dar.

Die Körnerschicht fehlt gänzlich, so daß das Str. corneum unmittelbar in die oberen Schichten des Str. spinosi übergeht.

Die Stachelschicht ist gut unterscheidbar, nur stellenweise bemerkt man interzelluläres Ödem. Intrazelluläres Ödem fehlt. Stellenweise sind

Digitized by Google

zwischen den Zellen dieser Schicht Kerne ausgewanderter Leukozyten sichtbar. Basalschicht überall gut erhalten; das Bindegewebe ist ödematös.

In der Papillarschicht befindet sich in der Form eines parallel mit der Grenze des Epithels gehenden Streifens von der Breite eines Epithelrestes ein Infiltrat, das aus kleinen, rundlichen Zellen besteht. Stellenweise kommen vereinzelte epitheloide Zellen und ein Paar Riesenzellen im Gesichtsfelde vor. Nach unten ist das Infiltrat deutlich abgegrenzt. Das Infiltrat ist in Herde gegliedert, welche untereinander durch Brücklein aus Zelleninfiltrat kommunizieren.

22. III. Nach der Punktion geringer Kopfschmerz; Schlaf gut, kein Jucken.

24. III. Allgemeinzustand gut; das Jucken ist vergangen. Die Flecken auf der Haut des Kinns, der Brust, unter den Brustdrüsen und im oberen Teile des Bauches sind bleicher geworden. Die typischen Knötchen des L. r. plan. im Hautgebiete des Bauches, der Brust und unter den Brustdrüsen sind bleicher und flacher geworden.

26. III. Die rote Farbe der Flecken hat eine bräunliche Nuance angenommen. Das Jucken fehlt gänzlich.

27. III. Der Fleck auf dem Fuße hat blaupurpurne Färbung angenommen.

28. III. Kein Jucken, guter Schlaf. An Stelle des roten Fleckes auf der Rückenseite des rechten Fußes sind unbedeutende Knötchen von der Größe eines Hirsekornes erschienen, vier an der Zahl, von blauroter Farbe, achteckiger Gestalt, glatter Oberfläche und einer zentralen Einsenkung. Auf dem Kinn, der Brust, dem Bauch und unter den Brustdrüsen sind die Flecken vollkommen verschwunden. Die Knötchen auf diesen Stellen haben sich mit Hinterlassung kaum bemerkbarer, lichtbrauner Punkte aufgesaugt.

29. III. Die rote Fläche des Rückenteiles des rechten Fußes bedeutend bleicher, aber stellenweise (an der Peripherie) hat sie bräunliche Schattierung angenommen.

Die Haut des Kinns, der Brust, des Bauches und unter den Brustdrüsen ist frei von Ausschlag. Die Knötchen auf der Rückenbeugefläche des rechten Fußes sind mit Hinterlassung von bräunlich-bleichen, nadelkopfgroßen Punkten vollkommen verschwunden. Kein Jucken. Die Kranke fühlt sich so weit hergestellt, daß sie auf eigenen Wunsch aus der Klinik entlassen wird.

18. IV. Die Kranke besucht die Klinik behufs weiterer Beobachtung. Bei der Besichtigung zeigte es sich, daß die Spur vom angegriffenen Rückenteile des rechten Fußes nur ein wenig dunkler geblieben ist als die vom Krankheitsprozeß nicht angegriffene Haut des Fußes; die Größe der Spur $3 \times 1{,}5$ cm. Die ganze Zeit kein Jucken.

20. II. 1926. Völliges Ausbleiben von Rezidiven. Seit der Entlassung nicht ein einziges Mal Jucken. Die Patientin ist sehr zufrieden mit dem Heilerfolg.

Wenn keine roten Flecken gewesen wären, würde die vorliegende Erkrankung so charakteristisch gewesen sein, daß man kaum von irgend etwas anderem sprechen könnte. Die Entwicklung der roten, ziemlich großen Flecken, die stationär geworden sind, gibt keine Möglichkeit, Erythema exsud. multif. zu vermuten. Das Bild der Flecken ist durch seine Einförmigkeit charakterisiert. Nichts von jener Vielgestaltigkeit, welche für das polymorphe Erythem so charakteristisch ist. Der Ausschlag unserer Kranken begann lange vor dem Eintritt in die Klinik, und dazu war er im Laufe eines nicht geringen Zeitraumes stationär. In solcher Zeit wären die Flecken des polymorphen Erythems längst schon aus grellroten zu bläulichen geworden. Außerdem ist die Lokalisation des Ausschlages durchaus nicht charakteristisch für das polymorphe Erythem. Auf dem Kinn und dem Rückenteile des Fußes könnte man noch an Lupus erythematodes im Anfangsstadium denken, der keine Zeit fand,

Digitized by Google

Atrophie zu geben, aber es fehlt der Verhornungsprozeß und die Abschuppung, der Unterschied zwischen dem Zentrum und der Peripherie usw.

Die Sache führt also zu dem Schluß, daß unsere Patientin eine Hautkrankheit hatte, bestehend aus Flecken von hellroter bis himbeerroter Farbe und von verschiedener Größe, die auf verschiedene Stellen der Haut des Rumpfes, der Glieder, des Gesichts und den Beugeflächen verteilt waren. Sie erheben sich ein wenig über das Niveau der Haut, und die meisten verschwinden nicht unter Druck. Beim Betasten sind sie von weicher Konsistenz. Sie haben eine glatte Oberfläche. Daneben typische Knötchen des L. r. plan. mit dem typischen histologischen Bau des L. r. plan. Dazu heftiges Jucken auf den erkrankten Stellen. Alles das gehört jener Abart des L. r. plan. an, welche L. plan. erythematodes heißt und so selten in der Spezialliteratur zu finden ist.

Zum erstenmal wurde diese Abart von KAPOSI im Jahre 1892 auf einer Sitzung der Wiener Dermatologischen Gesellschaft demonstriert. Er zeigte einen Fall von L. r. plan. mit diffusen Erythemen auf beiden Armen.

Viel eingehender befaßte sich mit einem Fall S. STIRLING. Er zeigte seinen Fall von L. plan. erythematodes 1898.

Der Fall betrifft einen 68jährigen Kranken, der ein Jahr unter der Beobachtung des Autors stand. Sich auf das letzte Bild stützend, stellte der Autor L. r. plan. fest; er bekräftigte sie durch die Histologie der Papel. Sie bestand in folgendem: Wucherung der Bindegewebe nebst Neubildung von Kapillaren und einiger Quellung der Gewebe. Keine Leukozyten. Str. corneum stellte eine dünne Schicht von verhornten Zellen dar. Str. lucidum fehlte. Str. granulosum war ausgeprägt. In den tiefen Schichten Alteration cavitaire. Leukozytenauswanderung fand nicht statt.

Nach einem Jahre beschrieben HALLOPEAU und SOURD ihren Fall von L. r. plan., der durch Erytheme kompliziert war. Im Laufe einiger Tage verbreiteten sich die Exantheme und bedeckten die Haut des Rumpfes. Die Exantheme hatten den Charakter von Knötchen, die auf rotviolettem Grunde lagen. Auf dem unteren Teile des Bauches nahmen die Elemente des Ausschlages Streifenform an. Die Gestalt der einzelnen Knötchen ist vieleckig und stellt in ihren Einzelheiten die typischen Knötchen der WILSONschen Krankheit vor, aber der erste oberflächliche Eindruck der angegriffenen Stellen gab ein Bild ähnlich dem „prämykotischen Erythem".

Im Jahre 1900 erschien die Mitteilung von R. CROCKER. CROCKER sah zwei Fälle. Es waren ineinanderfließende große Flecken. Sie befanden sich in der Schamgegend und waren von heftigem Jucken begleitet.

Auf dem Rumpfe hatte der Ausschlag einen typischen Knötchencharakter.

Im Jahre 1910 zeigte BOWEN in der Bostoner Dermatologischen Gesellschaft einen Kranken, der sehr rote Papeln hatte, die an Erythem erinnerten. Damals schon warf er die Frage auf: „Ist es möglich, den L. plan. erythemat. als eine besondere Gruppe auszuscheiden."

Digitized by Google

Eine histologische Beschreibung hat er nicht gegeben.

Der folgende Fall von L. pl. eryth., beschrieben von CRUMME, stellte einen Ausschlag dar, der sich im Gebiete der Handgelenke und der Vorderarme lokalisierte. Der Ausschlag hatte rotviolette Farbe; er hinterließ schließlich eine leichte Atrophie. Der Ausschlag war klinisch nicht als L. r. erythem. diagnostiziert worden, aber späterhin wurde die Diagnose auf Grund des typischen histologischen Bildes — an Stelle der Plaques zeigten sich kaum sichtbare Papeln — auf L. r. plan. gestellt.

PAUTRIER veröffentlichte einen Fall von ausgebreitetem L. r. plan., der sich bei seinem Patienten unter Erscheinungen einer akuten schuppenden Erythrodermie entwickelte. Außerdem waren noch typische Effloreszenzen vom L. r. plan. auf den Schleimhäuten. Auch histologisch ist die Diagnose der L. r. plan. bestätigt worden.

Der Fall von DUBREUILH, 1921 veröffentlicht, stellte Flecken dar, an der Peripherie von kleinen Knötchen umsäumt. Außerdem waren auf anderen Flächen Knötchen von roter Farbe und vieleckiger Gestalt verstreut.

Im Jahre 1925 beschrieb MALHERBE einen Fall von L. r. plan., zuerst von ihm 1920 bei einer 47jährigen Patientin gesehen, bei welcher der Ausschlag als Aussatz (Lepra) oder als ungewöhnliche Form von Syphilis behandelt wurde. Die ersten Symptome des Hautleidens traten in der Form von breiten, roten Flecken und Knötchen auf, die sich auf der Stirn, den Wangen, dem behaarten Teile des Kopfes und dann auf den Seitenflächen der Vorderseite des Halses bis zur Brust und auf dem Nacken befanden. Der Ausschlag war von heftigem Brennen und grausamem Jucken begleitet. Die Haut wurde grob, und an den Rändern des Ausschlages entstanden zerstreute große Knötchen.

Nicht uninteressant ist es, den Fall MICHELSON zu erwähnen, wo L. r. plan. eryth. unter die Frage: „A case for diagnosis" gestellt war. An den Beugeflächen des Unterarmes waren rötliche, unregelmäßige Erkrankungsherde. Die übrigen Teile des Rumpfes frei von Ausschlag. Keine Veränderungen in der Epidermis außer geringer Atrophie in den angegriffenen Teilen. Nicht typische Papeln des L. plan. Zwei Jahre nach dem Moment des Ausschlagens wurde eine histologische Untersuchung gemacht, welche diese Erkrankung als L. plan. feststellte.

Der Autor selbst heißt diese Erkrankung L. r. plan., ungeachtet der vorhandenen retikularen Atrophie.

Als letzte Mitteilung erscheint der Fall FREEMANN (beschrieben 1926). Die Erkrankung trat plötzlich bei einem 50jährigen Manne auf, an den Beugungsflächen beider Unterarme. Der Ausschlag bestand aus einzelnen dicht gruppierten Papeln, die in ihrer Verteilung an Cutis marmorata erinnerten. Die Papeln hatten an der Peripherie eine leichte Schattierung, aber das Zentrum war sattrot. Bei Druck verschwanden sie mit Hinterlassung einer braunen Spur. Das histologische Präparat gab ein nicht ganz typisches Bild für L. r. plan.

Die vorliegende Krankheit erweist sich also als eine nicht so gewöhnliche und häufige. Im ganzen kann man in der Spezialliteratur nicht mehr als ein Dutzend dieser seltenen Form des L. r. pl. zählen.

Unter den Lehrbüchern erwähnen nur die amerikanischen diese

Digitized by Google

seltene Form des L. erythem. (SUTTON), und RIECKE in MRACEKs Handbuch.

Bei der Durchsicht der Literatur fällt die Unbekanntschaft der Forscher mit dieser Frage auf. Die Franzosen kennen die englischen Fälle nicht und umgekehrt (im Falle FREEMANN); und die einen wie die anderen wissen nicht, daß KAPOSI der erste Fall dieser seltenen Erkrankung angehört.

Was die Bildung dieser erythematischen Flecken anbelangt, so hängen sie nach der Meinung MALHERBES von starker Blutanfüllung der Haut ab, was besonders in den Fällen von L. plan. akuten Verlaufes nachweisbar sei.

Als Beispiel führt der Autor seinen Fall an. Aber wenn wir uns auf diesen Standpunkt stellen, dann können wir auch andere Fälle, wo die Dermatose gleich vom Anfang an akuten Charakter hat, in Betracht ziehen (STIRLING, CROCKER, PAUTRIER und der unsrige).

Daß die Krankheit im Zusammenhang mit dem Zustande des Liquors steht, ist unzweifelhaft. Ob diese Abhängigkeit von einigen Eigenschaften der Flüssigkeit sich äußert, dies zu sagen ist im gegenwärtigen Augenblick schwierig, aber ein positives therapeutisches Resultat nach der Entnahme des Liquors, der sich unter sehr erhöhtem Druck befand, war in unserem Falle sowie in einigen anderen Fällen unserer Klinik bei L. r. plan. akuten Verlaufes beobachtet.

Was die Ätiologie unseres Falles anbelangt, den wir der „akuten Form" des L. r. plan. beizuzählen geneigt sind, so ist es wahrscheinlich, daß hier irgend eine nervöse Ursache zugrunde liegt. Der Habitus der Kranken, der erhöhte Druck des Liquors, der rasche Heileffekt einer einmaligen Punktion zwingt zu Gedanken in dieser Richtung.

Literatur

1. KAPOSI, Ein Fall von L. r. plan. Wiener Derm. Gesellsch. 13. I. 1892. Arch. f. Derm. u. Syph., 1892, Bd. 24, S. 344. — 2. STEWART STIRLING, A rare form of Lichen (L. plan. erythematosus). Third International Congress of Derm., London 1898, S. 20. — 3. HALLOPEAU u. SOURD, Ann. de Derm., 1899, S. 379. — 4. R. CROCKER, a) Brit. J. of Derm., Dec. 1900, Bd. 12, S. 421; b) Ref. Arch. f. Derm., 1902, Bd. 62, S. 144; c) Ref. Ann. de Derm., 1901, S. 494. — 5. BOWEN, J. of cutan. dis., 1910, Bd. 28, H. 12, S. 62. — 6. CRUMME, L. pl. eryth. Arch. of Derm., Bd. 4, Nr. 6. — 7. PAUTRIER, L. M., Deux cas de lichen plan cirriné generalisé a forme erythrodermique. L., 13, S. 255. — 8. DUBREUILH, Ann. de Derm., 1921, S. 606. — 9. MALHERBE, H., Ann. de Derm. et de Syph., 1925, H. 6, S. 129. — 10. MICHELSON, A Case for Diagnose (L. r. erythem.). Arch. of Derm. and Syph., 1925, Bd. 1, S. 122. — 11. FREEMANN, C. H. D., L. pl. erythem. Arch. of Derm. and Syph., 1926, S. 489.

Cignolin bei entzündlichen Dermatosen

Von

Dr. W. LÜTH in Wittenberge

Cignolin wurde in den ersten Kriegsjahren für Chrysarobin hergestellt und dementsprechend hauptsächlich bei Psoriasis und den Mykosen der Haut therapeutisch verwendet. Eine Reihe namhafter Dermatologen hat ihr Urteil über die Vollwertigkeit dieses Ersatzmittels, richtiger über seine Mehrwertigkeit, in Abhandlungen ausgesprochen (GALEWSKY, ULLMANN, KRETSCHMER, MEIROWSKY, STIEBEL u. HAUCK), die in der Derm.

Digitized by Google

W., D., W. u. M. m. W. erschienen sind; in den letzten Monaten fügte eine Arbeit aus der Königsberger Klinik (Prof. W. Scholtz) den bisher mit Cignolin behandelten Krankheitsformen einige weitere hinzu. Diese Arbeiten sind allen Hautärzten bekannt, es braucht über ihren Inhalt nichts gesagt zu werden, hervorheben will ich jedoch die Cignolin-Monographie von P. G. Unna, weil sie das Ausführlichste und Wertvollste ist, was über Cignolin, seine Konstitution, Pharmakodynamik und therapeutische Verwendung geforscht und geschrieben ist, und weil sie das, was ich in langjährigen Beobachtungen und oft wiederholten Versuchen als stets gleichbleibende Wirkung des Cignolin auf entzündeter Haut feststellte, schon vorher, wenn auch in hypothetischer Form vorausgesagt und wissenschaftlich begründet hatte (Cignolin als Heilmittel der Psoriasis von P. G. Unna. Erweiterter Sonderabdruck aus: Derm. W., 1916, Bd. 62, S. 22, 23 u. f.)

Unna spricht hier von der schnellen und sicheren Wirkung des Cignolin bei der subnasalen Trichophytie und von der Art, wie das Mittel auf eine entzündete, feuchtigkeitsreiche Haut einwirken muß, er zeigte der Cignolintherapie damit einen neuen Weg, der aber, soweit ich sehe, nicht allgemein beschritten ist..

Im folgenden soll deshalb über Beobachtungen und Versuche mit Cignolin bei entzündlichen Hautkrankheiten berichtet werden, deren erste Anfänge 7 Jahre zurückliegen, die sich zuerst auf wenige Krankheitsarten beschränkten, dann, als die Wirkung stets gleich blieb, den Kreis etwas weiter zogen und in den letzten drei Jahren sich auf alle Hautkrankheiten ausdehnten, bei denen eine Entzündung entweder die Basis der Affektion ist oder eine Begleiterscheinung. Unter diesen Bedingungen ist das Indikationsgebiet für das Cignolin begreiflicherweise sehr ausgedehnt, und die folgende Aufzählung der mit Cignolin behandelten Dermatosen erhebt durchaus nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sie ist im Gegenteil bewußt eingeschränkt und soll Dermatologen mit größerem Material anregen, die vorzügliche Eigenschaft des Cignolin auszunützen auf Krankheitsgebieten, die bisher nicht gepflegt wurden.

Das Erysipeloid war die erste Dermatose, die ich abgesehen von Psoriasis und den Mykosen mit Cignolin behandelte. Diese Krankheit, die vorher nie beobachtet war, trat im Jahre 1920 nach der massenhaften Einwanderung neuer Staatsbürger aus Kongreßpolen meist aus den mittleren und unteren Volksschichten in großer Zahl auf, so daß zeitweise täglich 1, 2 auch 3 Kranke neu eintraten; dann nahm sie an Zahl ab, verschwand zeitweise ganz, um nach einiger Zeit wieder gehäuft aufzutreten. Der Verlauf war gleichmäßig, im Gegensatz zu den später in Deutschland beobachteten Fällen außerordentlich milde, Panaritien kamen nicht vor, ein einziges Mal ein Abszeß im Daumenballen, der geöffnet werden mußte. Einmaliges Bestreichen mit 1%igem Cignolin-Lanolin-Gemisch führte meist zur Heilung, nötigenfalls wurden 2 Tage darauf etwaige Reste des Ringes durch neuen Verband beseitigt. Stets war der Sitz des Infektes an den Fingern mit Ausnahme eines einzigen Falles bei einem 9 Monate alten Kinde, bei dem der Herd am rechten Mundwinkel sich befand; eine Besonderheit war weiter, daß sich hier nicht ein einzelner Ring gebildet hatte, sondern 3 Kreise von verschiedener Größe, die sich am Mundwinkel von innen berührten. In diesem blutreichen Gewebe ging die Heilung nach einmaliger Anwendung des Cignolin besonders schnell und vollständig vonstatten.

Eine weitere, bisher nicht beobachtete Krankheit war das Oedema eczematosum Unna. Das erste Stadium, das sich in 6—8 Stunden über die ganze Gesichtshälfte ausbreitete, verschwand regelmäßig in etwa 10 Stunden nach Anlegen eines Verbandes mit Ichthyol pur.

Am Abend des 2. Tages, spätestens am Morgen des 3. Tages, schießen plötzlich zahllose kleine Ekzembläschen auf, die sehr viel Serum absondern, während gleichzeitig die Schwellung geringer wird. In diesem Stadium, das die Kranken noch mehr beunruhigte als das erste, bewährt sich das Cignolin vortrefflich; am nächsten Morgen war Schwellung und Nässe verschwunden, lediglich ein gebräunte Haut war zurückgeblieben, die sich nach einigen Tagen abschuppte. In einigen Fällen kam es nach 3 bis spätestens nach 10 Tagen zu einem sehr schnell aufschießenden Rezidiv des 2. Stadiums, das zwar auch schnell durch Cignolin beseitigt wurde, dessen Wiederholung aber erst ausblieb, wenn die Ursprungsstelle, die sich meist am Halse sitzend durch ihr lichenifiziertes Aussehen auszeichnete, durch eine Röntgenbestrahlung entfernt wurde, und zwar genügte bei diesem akuten Prozeß im Gegensatz zum chronischen Lichen eine Drittel Erythemdosis.

Von diesem Oedema eczematosum kamen in einem Jahre 8 Fälle zur Behandlung, ein 4jähr. Knabe, 1 Mann und 6 Frauen.

Digitized by Google

Sehr schwere Fälle von Trichophytie mit Abszessen am Halse kommen unter Cignolin, Terpentin-Injektionen (Olobintin), Höhensonne und manueller Epilation des ganzen Bartes in 4—6 Wochen zur Heilung, wobei ich dieser letzteren eine ausschlaggebende Wirkung beimesse; sie ist der Röntgen-Epilation unbedingt vorzuziehen.

Bei einem besonders schweren, seit 5 Jahren bestehenden Fall von Trichophytie des ganzen Bartes, der Augenbrauen, des behaarten Kopfes mit schwerem Lidrandekzem und dauerndem Verlust der Wimpern, der u. a. auch bei wochenlanger Krankenhausbehandlung mit Röntgen erfolglos epiliert war, kam ich in 8 Wochen mit der angegebenen kombinierten Behandlung zum Ziele. Nur das Kinn rezividierte immer wieder und gelangte erst nach mehrmaliger Epilation, der sich der Kranke mit großer Geduld unterzog, nach 4 Monaten zur Heilung.

Das Kinn scheint überhaupt in besonderer Weise auf Cignolin zu reagieren; es tritt da bei akuten, begrenzten Herden leicht eine ödematöse Durchtränkung ein, die der Ausbreitung des ursprünglich kleinen Herdes den günstigen Boden vorbereitet.

Beim Ulcus cruris sind die begleitende Phlegmone und die nässende Dermatitis, die oft den ganzen Unterschenkel einnehmen, die Ursache der sehr starken Schmerzen und der Berufsunfähigkeit, zugleich ist ihre Beseitigung die Vorbedingung einer Dauer versprechenden Heilung des Beingeschwüres. Bei der überaus großen Empfindlichkeit werden selbst die mildesten Salben als zu schmerzhaft von den Kranken, es sind ja meistens Frauen, abgelehnt. Da ist es überraschend, daß das Cignolin, das auf der gesunden Haut eine so starke Reizung hervorruft, keinerlei Klagen über Schmerzhaftigkeit zur Folge hat; da überdies am anderen Morgen die Haut trocken ist, erheben die Kranken keine Einwendung gegen weitere Anwendung des Cignolin. Da nach oft bestätigter Beobachtung die eintrocknende Wirkung nur 3 Tage vorhält, ist immer am 3. Tage ein neuer Verband anzulegen. Bald verliert die jetzt dauernd trockene Haut ihre entzündlich rote Farbe, es treten weiße Flecken auf, bis allmählich Dermatitis und Phlegmone ganz verschwunden sind; dann ist es überraschend zu sehen, in welch kurzer Zeit auf dieser jetzt gesunden Unterlage das eigentliche Ulkus sich mit Granulationen auffüllt und dann überhäutet, ohne daß, wie sonst oft, Beschwerden zurückbleiben oder sich nach Schluß des Geschwürs einstellen.

Da die letzte Ursache des Ulkus, die Krampfadern, nicht beseitigt sind, so ist mit einem Rezidiv immer zu rechnen; man kann es aber hintanhalten, wenn man auf die erste Rötung Cignolin aufstreicht.

Am augenfälligsten ist die Wirkung des Cignolin bei der akuten, entzündlichen exsudativen Dermatose, bei Impetigo, Ekzem, Herpes, Dermatitiden; sie geht so schnell vor sich, daß bei ambulanter Behandlung der Arzt am nächsten Tage die entzündungsfreie trockene Haut vor sich sieht, von der Art, wie die Heilung zustande kommt, sieht er nichts. Hierüber berichtete eine Arztfrau Dr. O., die die Impetigo ihres Kindes mit Cignolin behandelte. Danach tritt bald nach Auftragen des Mittels eine starke Exsudation aus dem Krankheitsherd auf, die den Verband durchfeuchtet; nach mehreren Stunden hört die Absonderung auf, der Verband trocknet ein, verklebt aber sehr fest mit der jetzt ebenfalls trockenen Haut.

Hierauf ist bei der Ablösung des Verbandes Rücksicht zu nehmen; er ist nötigenfalls von außen abzuweichen.

Aus räumlichen Gründen sollen weitere Krankheiten und Krankheitsfälle nicht besprochen werden; es soll dagegen ausdrücklich hervorgehoben werden, daß das Cignolin im Gegensatz zur gesunden Haut auf der entzündeten keinerlei subjektive Beschwerden auslöst, so daß es sogar auf Wundflächen sehr gut vertragen wird und seine ausgezeichnete Wirkung dadurch zeigt, daß es den Geschwürsgrund in 24 Stunden gereinigt hat und bei einfachen Hautdefekten in derselben Zeit überhäutet. Am klarsten aber sehen wir den Vorgang der Cignolin-Einwirkung in der Entziehung der Flüssigkeit aus den kranken Geweben.

Wenn diese Exsudation das äußerlich sichtbare Zeichen der Einwirkung des Cignolin auf die entzündete Haut ist, so ist der Endeffekt bei allen Krankheiten, die in den Rahmen unseres Themas fallen, die Beseitigung der Entzündung. Sie ist bei allen Krankheitsformen so augenfällig, und sie tritt um so mehr hervor, je größer die Akuität des Prozesses ist, so daß beim Forschen nach der Ursache bei unserer hauptsächlich bakteriologisch eingestellten Generation der Gedanke an eine besonders starke Bakterizidität des Cignolin ohne weiteres sich einstellt. Aber dieser Gedanke erwies sich als falsch.

Systematische Laboratoriumsversuche ergaben, daß eine direkte Einwirkung des Cignolin auf Bakterien mit dem üblichen Verfahren nicht nachzuweisen ist. Die Ein-

Digitized by Google

wirkung des Cignolin auf den Entzündungsherd an der Haut erfolgt auf einem anderen Wege. Es ist festzustellen, daß die Wirkung des Cignolin auf eine Haut mit normaler Hornschicht und auf eine Haut mit erkrankter Hornschicht, die mehr Sauerstoff und Flüssigkeit als gewöhnlich enthält, durchaus verschieden, ja entgegengesetzt ist. Unna spricht dem Cignolin eine zweifache Wirkung zu, die spezifisch antipsoriatische, die an die (1) — und (8) OH-Gruppe allein gebunden ist und in einer explosiven entzündlichen Reizung der Haut besteht, und andererseits die einfach reduzierende Wirkung. Diese letztere kommt aber nur auf der pathologisch veränderten Haut vor. Das Cignolin dringt in dieses durch Sauerstoff und Flüssigkeit aufgelockerte Gewebe ein, soweit die Entzündung reicht, bis zur alkalischen Gewebsflüssigkeit, zieht allen Sauerstoff an sich, „wodurch alle an der Grenze zwischen Epithel und Bindegewebe liegenden Sauerstofforte (Kerne der Keimschicht, Mastzellen) vernichtet und zunächst die Weiterbildung und das Epithelwachstum aufgehoben werden. Bei fortschreitender Reduktion kommt es schließlich zur völligen Erweichung und Nekrose von Stachelschicht und Papillarkörper".

So kommt es bei länger bestehender Entzündung und unvorsichtiger Wiederholung der Cignolinanwendung gelegentlich zur Abstoßung der Haut in ihrer ganzen Dicke.

Wenn man sich diese Vorgänge vor Augen hält, dann sieht man, daß das Cignolin auf entzündeter Haut ein sehr energisch wirkendes Mittel ist, dessen Wirkung dem Grade der Entzündung parallel geht. Der Arzt, der das Cignolin studiert hat und auch die biologischen Vorgänge bei den einzelnen Dermatosen kennt, ist vor unliebsamen Überraschungen nicht nur gesichert, er wird darüber hinaus mit dem Cignolin sehr schöne Erfolge erzielen; dem Kranken allerdings ist in akuten Fällen das Mittel nicht in die Hand zu geben, und auch der Arzt, der in der Behandlung von Hautkrankheiten keine größeren Erfahrungen hat, sollte nicht wahllos das Mittel anwenden.

Zusammenfassung

Die augenfälligsten und für die Cignolinwirkung charakteristischen Merkmale bei entzündlichen Hautkrankheiten sind: bei erhaltener Haut die schnelle Beseitigung der Entzündung und die Austrocknung der Haut, bei abgestoßener Haut die sofortige Reinigung des Grundes, die üppige Granulationsbildung und die überaus schnelle Epithelisierung der Wundflächen.

Aus der dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses
(Dirig. Arzt: Prof. A. Buschke)

Die kombinierte Thalliumröntgenepilation

Zugleich Bemerkungen zu der Arbeit von Stümpke in Nr. 30

Von

Prof. A. Buschke und Oberarzt Dr. Erich Langer

Unsere verschiedentlichen Mitteilungen über die klinischen Untersuchungen und Beobachtungen der reinen Thalliumepilation mit Hilfe des Thalliumdepilatoriums haben überall in der Weltliteratur Nachprüfungen und Anklang gefunden, und nur von wenigen werden Nachteile oder ungünstige Erfahrungen mit dieser Behandlungsweise berichtet. In fast jedem Falle, wo, wie z. B. von Dostrowsky, der Autor nicht selbst die Gründe für das Mißlingen dieser nun so vielfach erprobten Methode angibt, haben wir durch eingehende Beschäftigung mit der Arbeit feststellen müssen, daß die Mißerfolge oder Schädigungen weniger auf das Konto der Methode als auf das des Arztes zu setzen sind. Ganz genaue Richtlinien sind von uns wiederholt für die Thalliumbehandlung angegeben worden, und doch müssen wir die Erfahrung machen, daß immer wieder, so auch von meinem so hochgeschätzten Freunde und Schüler Stuempke, die Methode dort angewendet wird, wo es nicht angebracht ist.

Wir haben von Anfang an und immer wieder ausdrücklich hervor-

Digitized by Google

gehoben, daß es sich um eine Epilationsmethode nur für Kinder bis zur Pubertät, d. h. höchstens bis zum 14.—15. Lebensjahre, handelt, da wir hier die kurative Dosis exakt bestimmen können, ohne daß kurative und toxische Dose so nahe aneinander liegen, daß wir unsere Patienten gefährden, und daß diese reine Thalliumbehandlung vorläufig weder für größere Kinder noch für Erwachsene in Betracht kommt, da besonders bei letzteren eine so hohe Thalliumdosierung unter Umständen tödlichen Ausgang nach sich ziehen kann. Zuverlässige Nachprüfer, wie KLEINMANN, BRONSTEIN, WOLPERT, u. a., haben dem auch Rechnung getragen, und ihr großes Material umfaßt nur Kinder. Es muß daher geradezu wundernehmen, daß Autoren, wie LANDESMANN und MÜHLHOFF oder neuerdings STUEMPKE, der einer 23jähr. Frau pro Kilo Körpergewicht 8,07 mg Thallium gegeben hat, nicht schwerere Schädigungen dadurch erhalten haben, als sie es beschreiben. Es ist, und muß hier nochmals scharf betont werden, absolut unzulässig, älteren Kindern und Erwachsenen die gleiche Dosis Thallium zu geben wie Kindern bis zum 15. Lebensjahr. Um mit STUEMPKES Worten zu reden, so „fordert zum mindesten zu scharfer Kritik" heraus nicht unseres Erachtens die Methode der Thalliumepilation, für die wir exakte Grundregeln aufgestellt haben, deren Befolgung Arzt und Patient vor Schaden bewahren, sondern die Art der Nachprüfung, die trotz wiederholter Warnung immer wieder an Fällen versucht wird, die ausgesprochen außerhalb des Indikationsbereiches dieser Methode liegen. Daß auch bei der Thalliumepilation gelegentlich, besonders bei sehr großem Material, Versager vorkommen werden, wird niemand für ausgeschlossen halten, der weiß, daß keine biologische Methode mit 100% Erfolgen arbeitet. Unter diesen Versagern müssen aber zunächst alle diejenigen Fälle abgerechnet werden, bei denen die Behandlung nicht sorgfältig genug durchgeführt ist. Es muß das Feststellen des Körpergewichts, das Auflösen der Thalliumtabletten, das Eingeben des Medikaments, das — worauf auch viel zu wenig geachtet wird — nüchtern zu geschehen hat, unter Aufsicht des Arztes vorgenommen werden, wie auch der Arzt überwachen muß, daß die Epilation von dem Personal exakt auszuführen ist. Und als Abschluß der Epilationsbehandlung muß eine Kappe mit Zinkleim oder Leukoplast usw. gemacht werden, wie es von KLEINMANN und von uns mehrfach empfohlen wurde.

In einer bisher kleinen Zahl von Fällen, wo trotz sorgfältiger Einhaltung aller Vorschriften Mißerfolge auftraten, ist durch DOSTROWSKYS und unsere Beobachtungen eine gewisse Aufklärung möglich gewesen. Und zwar handelte es sich hierbei um solche Kinder, bei denen eine erhebliche Differenz zwischen dem Alter und dem Körpergewicht im Sinne eines starken Untergewichts zu verzeichnen war. Hier scheint die Methode, die sich ja nur auf der Dosierung nach dem Körpergewicht aufbaut, aus Gründen, die wir an anderer Stelle näher ausgeführt haben, zu versagen, so daß es für die Zukunft ratsam sein dürfte, nur solche Kinder als absolut geeignet für die reine Thalliumbehandlung anzusehen, bei denen Alter und Körpergewicht miteinander im Einklang stehen. Die Entwicklung der endokrinen Organe geht möglicherweise dem Alter parallel, dem Körpergewicht nicht immer entsprechend. Dann ist evtl. die — nach dem Körpergewicht gemachte — Dosierung der Größe der endokrinen Organe nicht entsprechend.

Für solche untergewichtigen, wie auch für ältere Kinder kommt lediglich die Kombination der Thallium- und Röntgenbehandlung in Betracht, die wir erstmalig mit gutem Erfolg versucht und in der M. m. W., 1926, Nr. 20, und der Derm. W., 1926, Nr. 27, eingehend beschrieben haben. Bei dieser Methode erhält der Patient nur die halbe Thalliumdosis, also pro Kilo Körpergewicht nur 4 mg, und die halbe Röntgenepilationsdosis = $^2/_5$ HED unter $^1/_2$ mm Al. bei einer 5-Felder-einstellung. Vielleicht sind auch andere Verhältniszahlen in manchen Fällen zu wählen. Auch Nachbestrahlung mit kleiner Röntgendosis kann oft zum Ziele führen. Alle diese Dinge sind erst im Fluß. Mit dieser Anordnung haben wir in einigen Fällen prompte Epilationen erzielt, und auch GRSCHEBIN, der über eine große Erfahrung mit der Thalliumepilation allein wie mit der von uns angegebenen kombinierten Methode besitzt, ist, wie er uns mündlich mitteilen konnte, damit außerordentlich zufrieden gewesen. Aber wir möchten auch hierbei schon heute und gerade mit Rücksicht auf die STUEMPKEschen Mitteilungen betonen, daß in dieser Dosierung, bei der immerhin auch noch eine verhältnismäßig große Menge Thallium verabfolgt wird, eine Epilationsbehandlung für kleinere und

Digitized by Google

größere Kinder, aber vorläufig nicht für Erwachsene[1]) zu sehen ist. Denn für Erwachsene ist selbst die Dosis von 4 mg pro Kilo Körpergewicht nicht ganz ungefährlich, da sich auch beim Thallium die auch bei anderen sympathikotropen Giften zu beobachtende Tatsache zeigt, daß eine kurative Dosis bei Kindern, manchmal beim Erwachsenen als nicht mehr ganz unschädlich, wenn nicht gar schon toxisch anzusehen ist, und daß ein Organismus, je jünger er ist, um so besser und leichter ein Gift verträgt. Daher sind unsere Bemühungen, das Thallium auch bei Erwachsenen anzuwenden, bisher über das Versuchsstadium, über das wir seinerzeit in den oben erwähnten Arbeiten bereits berichtet haben, nicht hinausgekommen. Wir selbst scheuen uns, bei erwachsenen Menschen eine höhere Dosis als 0,1 bis maximal 0,15 zu geben, wobei allerdings auch schon manchmal, doch nicht regelmäßig, Epilation auftritt. In vereinzelten Fällen haben wir zu Teilepilationen mit mehr oder minder Erfolg diese Kombination bei Erwachsenen — 0,1 Thallium und Röntgen — angewendet, haben aber unbedingt zuverlässige Resultate bisher nicht erzielt. Diese Kombination haben wir auch bei einzelnen Epitheliomen angewandt ohne sichere Effekte, ebenso bei einem Fall von universeller Verrucae durae, die jeder Therapie trotzten, mit Erfolg. Ob derselbe sicher auf das Thallium zu buchen ist, bleibe dahingestellt.

Daher kann man sagen, daß die Kombinationsmethode in der Form, wie sie von uns seinerzeit empfohlen wurde, zuverlässig und brauchbar ist, wenn man sie ebenso wie die reine Thalliumbehandlung nur zur Behandlung von Kindern heranzieht, wobei allerdings auch größere Kinder für die Kombinationsbehandlung in Frage kommen. Für Erwachsene ist diese Methode vorläufig noch im Stadium des Versuchs. Wir warnen aber davor, bei Erwachsenen größere Thalliumdosen analog der Kinderdosis anzuwenden, da man sonst unangenehmer Nebenwirkungen gewärtig sein muß, wie sie auch bei STUEMPKE vorgekommen sind.

Die reine Thalliumbehandlung mit 8 mg pro Kilo Körpergewicht kommt nur für Kinder bis zum 15. Lebensjahre in Frage, deren Gewicht dem Alter entspricht und bei denen sonst keine Kontraindikationen — Tuberkulose, Nierenerkrankung, akute Infektionskrankheiten usw. — bestehen.

Zur Verwendung kommt bei uns wie auch bei den meisten anderen Autoren

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: 1. Es erscheint nicht ganz ausgeschlossen, daß bezüglich der Reaktionsfähigkeit des endokrin-sympathischen Systems, das ja auch die Grundlage für die Konstitution bildet (HART), gewisse geographische, klimatologische und individuelle Unterschiede bestehen. Denn a) hat HEUCK in München erst mit 9 mg Thallium pro Kilo Körpergewicht gute Resultate erzielt, andere glauben sogar 10 mg gebrauchen zu müssen, während z. B. in Mexiko bei 2000 m über dem Meere bei kleinen Kindern 5 mg ausreichten. b) Auch für Erwachsene scheint dies zuzutreffen. So besuchte uns kürzlich ein medizinischer Volkskommissar aus Kasan, um bei uns die Thalliumfrage zu studieren, und teilte uns unter anderem mit, daß dort zahlreiche Erwachsene mit Favus mit entsprechenden Epilationsdosen ohne Störung behandelt worden seien. c) Wir selbst konnten in noch nicht ganz abgeschlossenen Versuchen feststellen, daß bei größeren Tieren, wie Hunden, sowohl jungen wie älteren, die akute, therapeutische, d. h. epilierende, wie auch toxische Dosis viel höher zu liegen scheint, als beim Menschen. Dasselbe scheint auch für Kaninchen zuzutreffen.

2. Auch ohne die oben erwähnte Gewichtsdifferenz scheint gelegentlich beim Kinde, wie uns jüngst eine Beobachtung zeigte, die Methode nicht völlig zu gelingen, und wir müssen dies wohl auch auf eine veränderte Reaktionsfähigkeit des endokrinen Systems schieben. Vielleicht wird sich sogar aus allen diesen Tatsachen allmählich eine eindringlichere Kenntnis der Funktion des endokrin-sympathischen Systems resp. ein Prüfungsverfahren ergeben.

3. In Heft 31 dieser Wochenschrift wurde ein Fall von schwerer, wenn auch vorübergehender Anämie bei einem thalliumbehandelten Kinde mitgeteilt. Wir halten es nicht für ausgeschlossen, daß die sich entwickelnde schwere Tonsillitis bei der Hypofunktion des endokrinen Systems zusammen mit dem Fieber ursächlich mit in Betracht kommt. Wir haben wenigstens einen diesbezüglichen Fall beobachtet, wo eine einsetzende Angina zu vorübergehender Albuminurie und Knochenschmerzen bei einem thalliumbehandelten Kinde führte.

Digitized by Google

das Thalliumazetat in Form des Thalliumdepilatoriums. Aus Wien wurde kürzlich in einer Diskussionsbemerkung von Stein auf unzuverlässige Epilation hingewiesen, ebenso von italienischen Autoren. Soweit wir aus den Berichten ersehen konnten, wurde dort nicht das von uns empfohlene Thalliumazetat benutzt, sondern Thallium acet. purissimum. Es erscheint uns möglich und wird zur Zeit von uns auch tierexperimentell geprüft, daß dem Thallium acet. purissimum nicht die gleich starken Wirkungen zukommen wie dem gewöhnlichen Thallium acet., da, es vielleicht bei dem Reinigungsprozeß auch gewisse wirksame Bestandteile verliert. Doch bedarf dies noch der weiteren eingehenden Prüfung und sei hier nur als Hinweis für weitere Versuche mit Thallium hervorgehoben.

Was die absolute Ungefährlichkeit der Röntgenbestrahlung betrifft, so ist sie für die überwiegende Zahl der Fälle wohl zuzugeben. Wir haben aber doch nicht allzu selten Kinder gesehen, die von zuverlässigster Seite bestrahlt wurden und doch partielle dauernde Alopezie zurückbehielten. Die Dosierung ist bei der kindlichen Haut doch nicht mathematisch sicher immer zu erfassen.

Aus dem Dermatologischen Stadtkrankenhaus Hannover

Zur Bemerkung auf die Arbeit von A. Buschke und E. Langer über „Die kombinierte Thalliumröntgenepilation"

Zugleich Bemerkung zu der Arbeit von Stümpke in Nr. 30

Von

Prof. Stümpke

Mein hochverehrter Lehrer, Prof. Buschke, ist dagegen aufgetreten, daß ich Thallium aceticum auch bei Erwachsenen gegeben habe.

Ich darf hierzu erwähnen, daß ich bis auf eine Ausnahme — den 23jähr. Kontoristen S. Heinrich mit Alopecia areata, nicht, wie Buschke und Langer meinen, eine 23jährige Frau — in den 5 diesbezüglichen Fällen nicht die volle, von Buschke für die Kinderepilation empfohlene Thallium-aceticum-Dosis von 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht applizierte, sondern die Hälfte derselben: 4 mg pro Kilogramm Körpergewicht. Ich habe also schon in der Wahl der halb so großen Dosis zum Ausdruck gebracht, daß ich den Gefahren der Thallium-aceticum-Epilation bei Erwachsenen Rechnung trug.

Ich glaubte mich um so mehr zu einem derartigen Vorgehen berechtigt, weil auch Buschke, Langer und Peiser (Derm. W., 1926, Nr. 27) von einer Frau mit Hypertrichosis berichten; sie sprechen von einer etwas kleineren Thallium-aceticum-Dosis als 4 mg pro Kilogramm Körpergewicht.

Ich glaube also, abgesehen von dem einen Fall, bei dem mich besondere Überlegungen leiteten, nicht gegen die Buschkeschen Grundsätze verstoßen zu haben.

Im übrigen habe ich den außerordentlichen Wert dieser durchaus anerkannt, indem ich sagte: „Thallium aceticum ist eine wertvolle Bereicherung aller Methoden, die eine vollständige und schmerzlose Epithelisierung zum Ziele haben."

Daß wir Thallium aceticum nicht vollkommen aus der Behandlung Erwachsener auszuschließen brauchen, schien mir auch aus der Bemerkung von Buschke und Langer in ihrem zitierten Artikel (s. oben) hervorzugehen, wo sie auf Seite 976 unten erwähnen, daß „man auf Grund früherer Erfahrungen beim Erwachsenen mit der Dosierung vorsichtiger sein müsse als beim Kinde". Also doch keine völlige Ablehnung!

Im übrigen war es ja auch der Zweck meiner Arbeit, nicht nur auf evtl. mögliche Schädigungen durch Thallium aceticum hinzuweisen, sondern ganz besonders auf die Möglichkeit, der auch von Buschke, Langer und Peiser erwähnten kombinierten Methode (Thallium aceticum + Röntgen), da ja gelegentlich die

Digitized by Google

Epilationswirkung des Thallium aceticum, wie ich auch in dem Falle eines 6jährigen Kindes beobachten konnte, nicht den gewünschten Erfolg aufwies.

Ich darf darauf hinweisen, daß der Versuch, die Methode auch bei Erwachsenen anzuwenden — allerdings mit Vorsicht und unter reduzierter Dosis — zu verantworten ist in Anbetracht der außerordentlichen Bedeutung, die gerade für die Behandlung mancher Affektionen Erwachsener sich ergeben könnte. In diesem Sinne stellt meine Publikation nicht so sehr eine Kritik als vielmehr die Tendenz dar, dem von meinem hochverehrten Lehrer Prof. Buschke und seinen Schülern so geistreich und vielseitig ausgebauten und begründeten Verfahren noch weitere Wege der Anwendung zu öffnen.

Aus der Universitäts-Hautklinik und -Poliklinik in München
(Direktor: Geheimrat v. Zumbusch)

Bemerkungen zu der neuen Polemik Meirowskys und Levens

Von

Hermann Werner Siemens

Zu der neuen Polemik Meirowskys und Levens gegen mich — es dürfte wohl die 16. sein! — bemerke ich folgendes:

I. Trennung der Pigmentmäler in glatt- und gezacktrandige Formen. Die Trennung der Milchkaffeeflecke in glattrandige und gezacktrandige Formen ist nicht mehr „gekünstelt", als jede andere morphologische Einteilung, z. B. die Abtrennung der Psoriasis vom seborrhoischen Ekzem, der Riesentierfellmäler von den behaarten Lentigines usw. — Ein einzelner Fall, wie der von Meirowsky und Bruck, würde keine Verallgemeinerung erlauben. Die Flecke der zweiten Tochter sind aber gar nicht gezacktrandig (in der von mir gegebenen Charakterisierung dieses Typus), sondern teils glattrandig, teils Übergangsformen, wovon sich jeder durch Einsicht in meine Arbeit (1) leicht überzeugen kann. Die von Meirowsky an seine Beobachtung geknüpften Ausführungen sind daher gegenstandslos. — Daß multiple gezacktrandige Pigmentflecke nicht erblich sein könnten, habe ich nicht behauptet, sondern das Gegenteil (2).

II. Verschiedenartiges Auftreten von Pigmentnaevi bei eineiigen Zwillingen. Daß Syndaktylie in jedem Falle eine streng erblich bedingte Anomalie sein müsse, wird nicht allgemein angenommen, sondern das Gegenteil (3). — Daß einseitige Merkmale in typischer Weise erblich sein können, wurde von mir nicht bestritten (obgleich der experimentelle Beweis dafür noch aussteht), wohl aber weiß jeder vererbungsbiologisch Interessierte, daß sie es in der Regel nicht sind. Auch hier gehen also die Ausführungen Meirowskys und Levens von falschen Voraussetzungen aus.

III. Häufigkeitsbeziehungen und Erblichkeit. Daß die Zahl der Lentigines zu $^9/_{10}$ erblich bedingt sei, gründet sich auf eine Korrelationsberechnung, die zwar zuerst von mir angewendet wurde, von der sich aber später herausgestellt hat, daß ihre Zulässigkeit in dem speziellen Falle überhaupt noch fragwürdig ist (4, 5). — Wenn die Gesamtzahl einer Erscheinung erblich bedingt ist, so muß, nach Meirowsky und Leven, auch jede Einzelheit an derselben erblich bedingt sein. Das ist eine Behauptung, die im Widerspruch zu jeder banalen Erfahrung steht (6). — Daß Menschen mit großem Tierfellnaevus oft zahlreiche Nebennaevi haben, ist von mir selbst an mehreren Fällen ausführlich beschrieben worden (7). Wer solche Fälle aber genau untersucht hat, weiß, daß diese Nebennaevi zum größten Teil von den gewöhnlichen Lentigines morphologisch deutlich verschieden sind. — Daß die symmetrisch bzw. median auftretenden Teleangiektasien häufig familiär, also erblich auftreten, die eigentlichen (unilateralen) Naevi vasculosi aber nur äußerst selten [Henle (8)], ist doch wirklich nicht meine Schuld; ich verstehe deshalb nicht, warum mir das immer wieder vorgeworfen wird. — Daß die Erblichkeit der Naevi pigmentosi pilosi und der Naevi vasculosi „nur dann" erwiesen sei, wenn

Digitized by Google

Häufigkeitsbeziehungen zwischen ihnen und den Lentigines bzw. den Teleangiektasien beständen, ist natürlich niemals von mir behauptet worden (7). Das wäre ja vollkommener Unsinn! — Daß Korrelationen bei zwei erblichen Affektionen nur dann vorliegen müssen, wenn eine Koppelung besteht, ist ganz unrichtig (vgl. 3 und die Lehrbücher der experimentellen Vererbungsbiologie). Damit werden auch die Ausführungen, die hieran anknüpfen, gegenstandslos.

Infolge dieser zahlreichen Mißdeutungen und Unrichtigkeiten, welche die Polemik MEIROWSKYS und LEVENS enthält, kann ich den optimistischen Standpunkt der Verfasser bezüglich der Möglichkeit, die „keimplasmatische Naevustheorie" trotz aller ihr entgegenstehenden Tatbestände aufrechtzuerhalten, heute ebensowenig teilen wie ehedem.

Literatur

1. SIEMENS, Klinisch-dermatologische Studien über die Recklinghausensche Krankheit. (Mit 22 neuen Fällen.) Arch. f. Derm., 1926, Bd. 150, S. 80. — 2. SIEMENS, Zum Studium der Abortivformen der Recklinghausenschen Krankheit. Derm. Zschr., 1926, Bd. 46, S. 168. — 3. SIEMENS, Einführung in die allgemeine und spezielle Vererbungspathologie des Menschen. 2. Aufl. Berlin 1923, S. 257. — 4. SIEMENS, Zur Klinik und Ätiologie der Naevi. Arch. f. Derm., 1926, Bd. 151, S. 377. — 5. SCHOLL, Neue Untersuchungen über die Ätiologie der Linsenmäler. Kl. W., 1926, S. 463. — 6. SIEMENS, Über statistische und klinische Momente bei der Beurteilung der Erbbedingtheit. Sitzungsber. d. Ges. f. Morph. u. Physiol. in München, 1925, Bd. 36, S. 39. — 7. SIEMENS, Untersuchungen über die Beziehungen verschiedener Naevusformen zueinander, als Beitrag zur ätiologischen Naevusforschung. Kl. W., 1927, S. 153. — 8. HENLE, Studien über Vererbung von Hautkrankheiten, III. Gefäßmäler und Teleangiektasien. Arch. f. Derm., 1923, Bd. 143, S. 461.

Schlußwort zu obiger Bemerkung

Von

E. MEIROWSKY in Köln und L. LEVEN in Elberfeld

Eine weitere Polemik mit SIEMENS erübrigt sich für uns[1]). Solange dieser Autor glaubte, mit Hilfe der Korrelationsrechnung nachweisen zu können, daß die Keimplasmatheorie der Naevi falsch sei, war diese anerkannte Methode gut und richtig. Als sich aber herausstellte, daß SIEMENS infolge eines schwerwiegenden und mehrerer anderer Rechenfehler die Höhe des Korrelationskoeffizienten um die Hälfte zu niedrig angegeben hatte, und daß die richtige Ausführung der Korrelationsrechnung auch die Richtigkeit der keimplasmatischen Naevustheorie bewies, war plötzlich „ihre Zulässigkeit in dem speziellen Falle noch fragwürdig". Wir verweisen auf einen unparteiischen Zeugen, nämlich auf F. LENZ, und bitten die Leser dieser Wochenschrift, dessen Ausführungen in der „Zeitschrift für induktive Abstammungslehre", 1926, Bd. 41, S. 119 bis 121, sowie BAUR, FISCHER, LENZ: „Menschliche Erblichkeitslehre", 3. Aufl., Bd. 1, S. 219 und S. 465—466 nachzulesen.

---

[1]) Nur gegenüber der Angabe von SIEMENS, er habe niemals behauptet, daß die Erblichkeit der N. pigm. pilosi und der N. vasculosi „nur dann" erwiesen sei, wenn Häufigkeitsbeziehungen zwischen ihnen und den Lentigines bzw. den Teleangiektasien beständen, sei Satz 4 seiner Ergebnisse angeführt: „Die Erbbedingtheit der Lentigozahl würde uns nur dann zur Annahme seiner idiotypischen Disposition der Naevi sensu strictiori, z. B. der Tierfellnaevi, berechtigen, wenn zwischen der Lentigozahl und dem Auftreten solcher Naevi engere Beziehungen nachweisbar wären." (Kl. W., 1927, S. 156.)

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Actas Dermo-Sifiliograficas

1926, Jahrg. 19, Nr. 1

Herpes zoster und Herpes als lokale, regionäre Nebenwirkungen der Wismutanwendung (Zona y herpes como accidentes locales, regionales, de la medicación bismútica), von E. A. Sainz de Aja. S. 3. In dem ersten Fall entstanden bei 3 Wismutinjektionskuren jedesmal nach der ersten Einspritzung an beiden Hinterbacken im oberen hinteren Drittel Herpesbläschen auf geröteter Basis, etwas urtikariell, mit typischen, nicht starken Parästhesien. Die Injektionen waren immer im äußeren oberen Drittel der Nates gemacht worden. Die Affektion heilte stets trotz Fortsetzung der Injektionen, ohne während der Kur zu rezidivieren. Da der Herpes bei früheren Hg-Injektionen nicht aufgetreten war, so stellt Verf. die Diagnose: Herpes als lokale Nebenwirkung durch Bismutgebrauch. Der zweite Fall, ein Tabiker mit alter Lues, wurde mit Salvarsan, Hg, zuletzt mit Bi behandelt. Wenige Stunden nach einer intramuskulären Injektion von Quinby in die rechte Hinterbacke traten heftige Schmerzen auf. Am folgenden Tage zeigte sich ein typischer Herpes zoster der rechten Unterseite und der Hinterfläche des rechten Oberschenkels mit heftigen Schmerzen am Perinäum, Penis, Oberschenkel usw. In den folgenden Tagen entwickelte sich das Bild eines schweren Herpes zoster necroticus. In diesem Fall wurde die Bi-Kur nicht fortgesetzt. Im Gegensatz zu den Fällen von Barthélemy schließt Verf. eine Embolie oder interstitielle Blutungen, hervorgebracht beim Einstich der Nadel, aus.

Papulo-nekrotische syphilitische Effloreszenzen infolge von Einreibungen mit Tuberkulin (Brote de sifilide pápulonecrótica por fricción de tuberculina), von J. S. Covisa und J. Bejarano. S. 6. Bei einer 22jähr. Frau, die an Erythema induratum Bazin litt, entstand zuerst im Anschluß an Ektebineinreibungen eine typische Tuberkulinreaktion der Haut von papulo-vesikulösem Charakter. Nach der dritten Einreibung traten größere papulöse Effloreszenzen auf, die schnell im Zentrum nekrotisierten. Gleichzeitig stellte sich eine doppelseitige ulzeröse Mandelentzündung unter leichtem Fieber ein. WR, Hecht und Meinicke positiv. Die Erscheinungen, ebenso wie die positive WR verschwanden unter einer Salvarsan-Wismutkur. Verff. halten es für möglich, daß gewisse Syphilisformen zu ihrer Entstehung ein tuberkulöses Terrain benötigen. Sie erörtern ferner den Einfluß, den die Tuberkulineinreibungen auf das Erscheinen der Syphiliseruption gehabt haben und weisen darauf hin, daß das Auftreten tuberkulöser Effloreszenzen, wie z. B. Lichen scrophulosorum, nach Tuberkulineinreibungen nichts Seltenes ist, wohl aber die Provokation eines syphilitischen Ausschlags.

Der Einfluß der Malaria auf die Entwicklung der Syphilis (Influencia del paludismo sobre la evolución de la sífilis), von J. Bejarano. S. 10. Ein 35jähr. Mann mit einer typischen Tabes war vor 12 Jahren syphilitisch infiziert, aber zunächst nur lokal behandelt worden. Die später auftretenden Sekundärerscheinungen wurden durch eine Arsen-Hg-Kur beseitigt. Pat. zog sich dann in Marokko eine Malaria vom Typus tertianus zu, welche lange Zeit anhielt. Trotzdem er auch später im symptomlosen Stadium mehrere kombinierte Kuren durchgemacht hatte, erkrankte er vor 3 Jahren an den ersten Symptomen der Tabes, die dann weitere Fortschritte machte. Verf. schließt daraus und auch aus einem zweiten Fall, in welchem ein malariakranker Syphilitiker an Nervenlues erkrankte, daß die Malaria nicht den späteren Ausbruch einer Tabes verhindern konnte. Verf. steht daher auch der Frühbehandlung Syphilitischer mit Malaria skeptisch gegenüber und betont, daß bisher alle therapeutischen Methoden der Prophylaxe gegen die Nervenlues Schiffbruch erlitten haben.

Psoriasis und Erythrodermie (Psoriasis y eritrodermia), von E. A. Sainz de Aja. S. 13. Verf. beobachtete einen Fall von lange erfolglos behandelter Psoriasis, der durch eine schwere interkurrente Erythrodermie bis auf geringe Reste geheilt wurde. Er

Digitized by Google

empfiehlt die künstliche Erzeugung einer Erythrodermie als wichtigen Heilfaktor für Psoriasis und bespricht die Auswahl der dafür sich eignenden Psoriasisfälle und der dafür geeigneten, bekannten Behandlungsmethoden; insbesondere schreibt er den künstlichen Lichtbädern mit ultravioletten Strahlen eine energische Heilwirkung zu.

Lichen planus Wilson und Röntgenbehandlung (Liquen plano de Wilson y radioterapia), von J. G. Prieto. S. 17. Eine 62jähr., bisher erfolglos behandelte Frau mit Lichen planus generalisatus ohne Munderscheinungen erhält 70 Einheiten Fürstenau (1 Einheit X = 20 Einheiten Fürstenau) auf die Bauchhaut bei einer Entfernung der Röntgenröhre von 15 cm von der Haut. In der Nacht ist der Juckreiz fast verschwunden. Nach 8 Tagen besteht nur noch ein leichtes Jucken in der Schulter. Die Infiltration der Knötchen ist viel geringer, an einigen Stellen sind nur noch Pigmentationen vorhanden.

Unsere ersten Eindrücke über die Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen mit Akridingelb (Nuestras primeras impresiones sobre el tratamiento de la blenorragia y sus complicaciones con el amarillo de acridina), von J. Barrio de Medina. S. 20. Nach Verf. ist die intravenöse Behandlung mit Akridingelb keine Methode, um einen Tripper vollständig zu heilen, da sich bei Kranken, deren Ausfluß schnell verschwindet, noch Gonokokken in den Tripperfäden finden. Indessen ist der Nutzen gegenüber unseren anderen Behandlungsmethoden ein großer, da eine schnelle Austrocknung der Harnröhre eintritt. Es erfolgt gewissermaßen ein schneller Übergang des akuten Stadiums des Trippers in das Stadium der Tripperfäden. Verf. empfiehlt besonders die Methode für alle Formen der Tripperkomplikationen.

Behandlung der Hauttuberkulose mit Sanokrysin (Tratamiento de la tuberculosis de la piel por la sanocrisina), von J. S. Covisa. S. 23. Auf Grund der Behandlung von 10 Kranken mit Sanokrysin betont Verf. zwar die günstige Wirkung des Mittels auf die tuberkulösen Affektionen der Haut, weist aber auf die ungünstigen Einwirkungen auf das Allgemeinbefinden hin, die er beobachtet hat. Insbesondere hält er Vorsicht bei Kranken mit Lungentuberkulose für geboten. Trotz der geringen Zahl der behandelten Kranken hat Verf. zahlreiche, z. T. sehr schwere Nebenwirkungen gesehen. Er ist daher von der neuen Behandlungsmethode nicht sehr befriedigt und glaubt, daß, wenn nicht Mittel gefunden werden, um die schweren Zufälle zu vermeiden, die Methode nicht zur allgemeinen Anwendung für die Hauttuberkulose empfohlen werden kann.

Drei Fälle von inguinaler subakuter Lymphogranulomatosis (Tres casos de linfogranulomatosis inguinal subaguda), von J. S. Covisa, J. Bejarano und J. G. Prieto. S. 26. Die drei beschriebenen Fälle sind identisch mit den Beobachtungen von Nicolás, Favre und anderen Autoren, die sich mit dieser Krankheit beschäftigt haben. Die Untersuchungen ergaben bei einem der Fälle die Entwicklung eines Inokulationsschankers, der von Inguinaldrüsenschwellungen gefolgt ist. Von den ursächlichen Faktoren muß nach den Verff. an die Möglichkeit eines tuberkulösen Prozesses gedacht werden. Dafür sprechen die Ähnlichkeit des bei den Kulturen erhaltenen Bazillus mit dem Kochschen Bazillus und nach Tommasi der tuberkulöse Habitus „der lymphoreaktive Charakter", welchen diese Kranken zeigen. Ein anderer wichtiger Faktor zugunsten dieses Bakteriums ist die tuberkuloide Struktur der affizierten Drüsen, so daß Nicolás und Favre für viele Fälle ein wirkliches Drüsentuberkulid annehmen.

Sekundäre Lichenifikation, behandelt mit ultravioletten Strahlen (Liquenificaciones secundaris tratadas por los rayos ultravioletas), von R. Hombria. S. 38. In 3 Fällen von sekundärer Lichenifikation im Anschluß an eine nässende Dermatitis — es handelte sich um 3 Schwestern — wurde durch Behandlung mit ultravioletten Strahlen bei zweien vollkommene Heilung, bei einem eine erhebliche Besserung erzielt. Nach der ersten Bestrahlung, die ein vesikulöses Erythem hervorrief, wurden die Dosen gesteigert. Im ganzen waren 15 Bestrahlungen von 10—15 Minuten bis zu der erzielten Wirkung notwendig. R. Lederman-Berlin.

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 50, H. 5

Zur Kenntnis selten auftretender Hauterscheinungen im Verlaufe antiluetischer Kuren, von W. Kerl-Innsbruck. S. 329. Verf. berichtet über 2 Fälle. Der eine betrifft eine 54jähr. Frau, die 2 Tage nach der 7. Neosalvarsaninjektion — gleichzeitig wurde Hg verabreicht — an einem Erythema-exsudativum-multiforme-ähnlichen

Digitized by Google

Exanthem erkrankte. Neben ödematöser Schwellung des Gesichts und teils scharlach-, teils masernähnlichem Exanthem am Stamm traten an den oberen und unteren Extremitäten kinderhandtellergroße Erythemflecke auf, aus denen sich blaurote, mit eleviertem, hellrotem Rand umsäumte Scheiben entwickelten. Es kam zur Bildung von gyrierten, landkartenartig gezeichneten Herden. Der andere Fall zeichnet sich durch das Auftreten eigenartiger, umfangreicher pyämischer Prozesse nach Abklingen eines toxischen Exanthems aus, das vermutlich nach Wismutinjektion aufgetreten ist. Neben zahlreichen Abszessen fanden sich besonders an den seitlichen Thoraxpartien rein follikulär gestellte, kleine, bis über 1 mm vorragende Hornpfröpfe. Verf. glaubt, daß eine Minderung der biologischen Funktion der Zellen die Ursache des eigenartigen Verlaufs gewesen ist.

Degenerationsformen der Gonokokken, von F. Dietel, Univ.-Hautkl. Erlangen. S. 336. Unter besonderen Bedingungen, die wahrscheinlich in Verschlechterung und ungeeignetem Zustand des Nährsubstrates bestehen, können Gonokokken ihre Form ändern. Sie gehen dann in einen Quellungszustand über und erscheinen als auffallend große Diplokokken (Mastdiplokokken bzw. Mastgonokokken). Ob diese Mutationsform ihre Virulenz und Pathogenität eingebüßt hat, wurde nicht festgestellt.

Bakteriologische Untersuchungen über den Mikrobazillus von Unna-Sabouraud und Versuche einer Vakzinetherapie mit Mikrobazillen bei der Acne vulgaris, von Fl. Em. Saratzeano, Univ.-Hautkl. Bukarest. S. 341. Am besten wächst der Mikrobazillus auf Sabouraudschem Nährboden, dem 5—10% Pferdeserum zugesetzt wird. Verf. hat 30 Fälle von Acne vulgaris mit mikrobazillärer Vakzine behandelt (jeden 3. Tag eine subkutane oder intramuskuläre Injektion von 0,25—2 ccm pro dosi). 20 Fälle wurden vollständig geheilt oder gut gebessert, 6 Fälle wurden nur gering, 4 Fälle überhaupt nicht beeinflußt. Am besten reagierten pustulöse und tief indurierte Akneformen. Meist genügte eine Injektionskur (15—20 Injektionen), um ein gutes Ergebnis zu erzielen. Nur bei älteren Aknefällen waren 2—3 Kuren in Abständen von 2 bis 3 Wochen erforderlich. Von den verschiedenen Vakzinearten wurde die gewöhnliche Bakterienleibervakzine (25 Millionen Keime pro 1 ccm) am besten vertragen. Die gleichzeitige lokale Applikation von Gelovakzine erhöhte die Wirkung der parenteralen Injektionen.

Über die Häufigkeit des Nachweises von Spirochaeta pallida in der Lumbalflüssigkeit von Syphilitikern, von G. Armuzzi, Hautkl. Bonn. S. 350. Verf. hat mit Hilfe der Uranyl-Silber-Hydrochinin-Methode in 16,6% bei Lues II recens, in 4,88% bei Lues latens, in 8,33% bei Paralyse und in 8,33% bei Lues cerebri Spirochäten im Liquor nachweisen können. Die Spirochäten befinden sich nie endozellulär, zeigen auch niemals Degenerationserscheinungen. Sie bewegen sich frei im Liquor und sind nur spärlich an Zahl nachweisbar.

Bemerkungen zu der Arbeit von Dr. Josef Schumacher: „Über unspezifische Reiztherapie, zur Wassermannreaktion usw.", von S. Bergel-Berlin. S. 353. 1. Schumacher hat die Wirkung der Vorbehandlung mit Lezithin unrichtig wiedergegeben und Folgerungen gezogen, die die vom Verf. mitgeteilten Resultate geradezu umkehren. Verf. hob hervor, daß nach Lezithinvorbehandlung innerhalb einer gewissen Zeit eine negative Phase eintritt, innerhalb welcher die Tiere in erhöhtem Maße für die luetische Infektion empfänglich sind, während nach Ablauf dieses Stadiums eine gesteigerte Resistenz und später völlige Unempfindlichkeit eintritt. Schumacher führt nur die Protokolle der Tiere, die innerhalb der negativen Phase infiziert wurden, als Beweis für die Zwecklosigkeit der Vorbehandlung mit Lezithin an und verschweigt, daß nach Überwindung der negativen Phsae eine erhöhte Widerstandskraft gegen spätere Impfung zustande kommt. — 2. Die Vorbehandlung mit Lezithin hat nicht den Zweck, Tiere zur Heilung zu bringen, sondern den Organismus zur Antikörperbildung gegen lipoide Substanzen anzuregen. — 3. Verf. hat in seiner Arbeit nachgewiesen, daß die Spirochäte einen kompliziert gebauten Organismus besitzt, dessen einzelne Schichten sich morphologisch, färberisch und chemisch verschieden verhalten. Die äußere Hülle besteht aus einem Lipoid, die tieferen Schichten sind wesentlich eiweißhaltiger Natur. Von „Vermutungen", wie Schumacher schreibt, könne daher keine Rede sein. — 4. In einer Arbeit: „Zur Morphologie der Tuberkelbazillen" hat Verf. in exakter Weise durch makrochemische Methoden die Einzelbestandteile der Tuberkelbazillen isoliert, auf ihre Färbbarkeit geprüft und so die verschiedenen Bazillenschichten identifiziert. Demnach hat Verf. bereits vor Schumacher aus Färbungen Schlüsse bezüglich chemischer Zusammensetzung eines Zellinhaltsstoffes gezogen. — 5. Verf. hat die nach Much färbbaren

Digitized by Google

Tuberkelbazillen nicht für lipolytisch vollkommen abgebaute Exemplare angesehen, sondern für teilweise abgebaute Erreger. — 6. Gegen die Ansicht Schumachers, daß die WR durch körpereigene zerfallene Gewebslipoide hervorgerufen werde, spricht die Tatsache, daß die WR bei Tabes trotz starken Zerfalls der lipoiden Rückenmarkssubstanzen häufig negativ ist. Die Gründe, die Schumacher dagegen anführt, daß die lebende Lipoid- bzw. Lipoideiweißsubstanz der Spirochäte die WR verursache, daß nämlich bei Neugeborenen trotz Überschwemmung mit Spirochäten die WR negativ ausfalle, sind nicht stichhaltig. Die WR ist nicht ein Zeichen des Vorhandenseins von Spirochäten, sondern eine Folge der lymphozytären Reaktion, indem die von ihnen abgesonderten Fermente im Blute nachweisbar werden. Auch die Tatsache, daß andere Erkrankungen mit positiver WR einhergehen, spricht nicht gegen die Antigennatur der Spirochäte. Malaria, Lepra und andere Krankheiten werden durch ein lipoides Antigen hervorgerufen, das ebenso wie die Spirochäte eine lymphozytäre Reaktion und daher ähnliche Antikörper erzeugt. (Unspezifische Gruppenreaktion.) — 7. Die WR ist keine zufällige Begleiterscheinung der Syphilis, sondern der serologische Nachweis der entzündlichen lymphozytären, wesentlich lipatischen Reaktion des Organismus.

Erwiderung zu den vorstehenden Ausführungen von Bergel, von J. Schumacher. S. 360. 1. Bergel glaubt aus dem Umstand, daß die Spirochäte der Pepsinsalzsäureverdauung widerstehe und in Alkohol löslich sei, auf das Vorhandensein von Lipoiden schließen zu können. Der Verdauung widerstehen auch nicht lipoidhaltige Zellinhaltsstoffe, außerdem ist die Spirochäte nicht alkohollöslich. Von einem Lipoidnachweis kann somit keine Rede sein. — 2. Wären die Spirochäten aus einer lipoidhaltigen Hülle und einer Eiweißstoffe enthaltenden Innensubstanz zusammengesetzt, so müßte sich die Hülle durch lipoidlösende Mittel entfernen und die Innenschicht dürfte sich nicht mit Lipoidfärbern wie Fuchsin usw. färben lassen. Das Gegenteil ist der Fall. — 3. Bergel verwechselt ein Gemisch von Lipoid + Eiweiß mit der einheitlichen, vom Verf. erstmalig nachgewiesenen chemischen Verbindung Lipoideiweiß. — 4. Wenn Bergel nach Vorbehandlung mit Lezithin und nach Ablauf des allergischen Stadiums die Tiere erst mit abgeschwächten Erregern behandelt und dann mit vollvirulenten keine Infektion erzielen kann, so hat er unbewußt die reine Lipoidvorbehandlung verlassen und mit Lipoideiweißverbindungen (abgeschwächten Spirochäten) vorbehandelt und mit seinen Versuchen nur die längst bekannte Tatsache erwiesen, daß eine Resistenzsteigerung gegen spätere Impfung mit vollvirulenten Erregern auch ohne Lipoidvorbehandlung zustande kommt. — 5. Von einer Heilung durch Lipoideiweißtherapie war nie die Rede. Es ist ferner nicht ersichtlich, welche Lipoideiweißverbindung Bergel früher angewendet haben will. — 6. Da Bergel nicht bekannt gewesen ist, daß die Körnchen des Tuberkulosebazillus aus Lipoideiweißverbindungen bestehen, konnte er auch die bei dessen Abbau entstehenden Veränderungen nicht in „exakter und zwingender Weise" nachweisen. — 7. Verf. macht nicht die körpereigenen Gewebslipoide, sondern die entsprechenden Gewebslipoideiweißverbindungen für das Zustandekommen der WR verantwortlich. Ebenso hat Verf. nie behauptet, daß die Anwesenheit von Spirochäten für das Zustandekommen der Reaktion erforderlich ist, und daß die Reaktion diagnostisch nicht verwertbar sei. Die WR ist eine Gruppenreaktion, die bei Verwendung bestimmter Extrakte für Lues spezifisch gestaltet werden kann. F. Harry-Wiesbaden.

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 15, Nr. 6

Varicose Ulcers of the Leg: Treatment with Thrombosis and Gelatin Cast Bandages (Krampfaderbeingeschwüre: Behandlung durch Thrombosierung und mit Zinkleimverbänden), von A. B. Cannon und F. Ph. Lowenfish-New York. S. 647. Verff. behandelten ambulant 82 Fälle von Ulcera cruris; 32 mit Thrombosierung und mit Unnas Zinkleimverband, 50 mit Unnas Verband allein. Zur Thrombosierung wurde salizylsaures Natrium verwendet. Üble Zufälle traten dabei nicht auf. Das Alter der Patienten war zwischen 43 und 76; die Dauer der Ulzera betrug $1^1/_2$—30 Jahre. Von 82 Patienten wurden 34 als völlig geheilt entlassen, die übrigen wesentlich gebessert. Von den völlig Geheilten war die Hälfte mit Unnas Verband allein behandelt worden. Die Patienten waren besonders dankbar für letztere Behandlung, da die Schmerzen und die Schwellung dadurch sofort zurückgingen.

Digitized by Google

Fever in Tertiary Syphilis (Fieber bei tertiärer Syphilis), von H. M. Korns-Cleveland. S. 652. Bericht über einen Fall von tertiärer Lues, der monatelang täglich Fieber hatte. Trotz genauer klinischer Untersuchung auf Malaria, Amöbendysenterie, Tuberkulose usw. konnte außer der vor etwa 20 Jahren erworbenen Lues nichts nachgewiesen werden. Jod und Hg setzten nur für kurze Zeit das Fieber herab, konnten aber eine vorhandene Leber- und Milzschwellung nicht beseitigen. Die erste Neoarsphenamininjektion brachte sofort den Fieberabfall; nach der zweiten schwanden Leber- und Milzschwellung. Zur Erklärung des Fiebers muß nach Verf. entweder ein syphilitischer Herd in der Medulla in der Nähe des Fieberzentrums oder ein akuter syphilitischer Entzündungsprozeß der Leber oder Milz angenommen werden.

Studies in Hypercholesterolemia: III. The Approach to the Pathogenesis of the Xanthomas (Studien über Hypercholesterolämie: III. Annäherung an die Pathogenese der Xanthome), von F. D. Weidman-Philadelphia. S. 659. Unter Xanthosis versteht man die Gelbfärbung, die auf Infiltration von Cholesterol und verwandten Lipoiden beruht. Beim Xanthoma tuberosum, Xanthoma planum kommt der Tumorbegriff hinzu. Verf. fand bei seinen Experimenten keine Xanthosis alter und junger Narben von Patienten mit Hypercholesterolämie. Xanthomzellen experimentell bei Tieren durch intraperitoneale Injektion von Cholesterol zu erzeugen mißlang bis auf einen Fall. Offenbar gehört noch ein dritter Faktor außer Cholesterol und jungen Bindegewebszellen dazu, um ein Xanthom zu erzeugen. Die Experimente des Verf. bestätigen den Versuch Anitschkows, der experimentell wohl Xanthosis, aber kein Xanthom zu erzeugen vermochte.

A Purified Coal-Tar Ointment for the Treatment of Infantile Eczema (Eine gereinigte Kohlenteersalbe zur Behandlung des Kinderekzems), von M. O. Nelson und A. E. Osterberg-Rochester, Minn. S. 669. Durch Destillation des rohen Kohlenteers gewann Verf. ein gereinigtes Produkt, das zur Behandlung des akuten Kinderekzems angewandt wurde und die Vorteile der Teerbehandlung zeigte ohne deren Nachteile: nämlich nicht das Auftreten einer Follikulitis und nicht die Verfärbung der Wäsche.

Actual Superficial Therapy by „Grenz" (Infra-Roentgen) Rays: Its Correlation with Internal Organs (Die neue Oberflächentherapie durch „Grenzstrahlen": ihre Beziehung zu inneren Organen), von G. Bucky-New York. S. 672. Verf. arbeitet mit Röntgenstrahlen, die nur Wellenlängen über 1,8 Angströmeinheiten und keine kürzeren haben. Diese „Grenzstrahlen" sind gefahrlos, weil sie durch die oberen Hautschichten absorbiert werden, ohne die Keimschicht zu schädigen. Diese Strahlen hat Verf. bei Ekzem, Rosazea, Pruritus, Lichen planus mit Erfolg angewandt, aber auch bei inneren Leiden (Ulcus duodeni, Polyzythämie) vermag eine Hautbehandlung durch diese Strahlen auf dem Wege über das autonome Nervensystem Gutes zu wirken (Nachlassen der Schmerzen, Herabsetzung der Erythrozyten bei Polyzythämie). Erytheme, ja selbst Ulzera heilen nach dieser Bestrahlung ohne Spätschädigung aus.

Fusospirillary Dermatitis. Its Occurrence in Acute Pellagra (Fusospirilläre Dermatitis: ihr Vorkommen bei akuter Pellagra), von S. S. Greenbaum-Philadelphia. S. 678. Bericht über 2 Fälle von fusospirillärer Dermatitis, im ersten Fall Lokalisation im Ohrkanal, im zweiten Fall auf den Händen und an der Vulva. Wahrscheinlich handelte es sich im zweiten Fall, der ad exitum kam, um eine akute Pellagra mit einer Invasion der fusiformen Bazillen und Spirillen.

Pityriasis Versicolor and Ultraviolet Rays: Achroma Cutis Postparasitaria (Pityriasis versicolor und ultraviolette Strahlen: postparasitär depigmentierte Haut), von E. V. Kistiakovsky-Kiew. S. 685. Drei Fälle von Pityriasis versicolor, die sich der Sonnenbestrahlung ausgesetzt hatten, zeigten Pigmentbildung der gesunden Haut, während die erkrankten Stellen abschilferten und allmählich weiß wurden; d. h. die Pilze verschwanden und die normale Haut kam zum Vorschein. Man hatte das Bild einer „Pityriasis alba" vor sich, die häufig mit Vitiligo und syphilitischem Leukoderm verwechselt wird und besser als „postparasitär depigmentierte Haut" bezeichnet wird.

An Unusual Manifestation of Syphilis Following Trauma: Report of a Case (Ungewöhnliche syphilitische Erscheinung nach einem Trauma: Bericht über einen Fall), von J. P. Thornley-New York. S. 690. Entstehen eines Ulkus der Handfläche nach Trauma bei einem Latentsyphilitischen; klinisch war Ähnlichkeit mit Tuberculosis verrucosa vorhanden. Spir. pall. ++++, WR ++++. Nach antisyphilitischer Kur schnelle Heilung.

Syphilis to the Third Generation (Syphilis bis zur dritten Generation), von C. P. Bondurant-Oklahoma City. S. 695. Verf. bringt Fälle von kongenitaler Syphilis

Digitized by Google

in der dritten Generation, deren Symptome geringer, aber denen der zweiten Generation ziemlich gleich waren. Die Übertragung fand durch die kongenitalsyphilitische Mutter statt. Bei den Vätern war keine syphilitische Erscheinung nachweisbar.

Granuloma Inguinale of the Face and Mouth (Granuloma inguinale des Gesichts und Mundes), von D. M. Sidlick-Philadelphia. S. 703. Das Granuloma inguinale ist keineswegs auf die Genitalsphäre beschränkt. Bericht über einen Fall mit Lokalisation auf der Wange und Mundschleimhaut. Therapeutisch mußten außer der üblichen Therapie Röntgenstrahlen mit zu Hilfe genommen werden.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 7

Note on Two Cases of Lichen Nitidus (Über zwei Fälle von Lichen nitidus), von G. B. Dowling. S. 285. Von den 2 Fällen betraf der eine eine 32jähr. verheiratete Frau, bei welcher die charakteristische, aus kleinen gelblichroten Papeln bestehende und leicht schuppende Affektion an der Streckseite beider Knie und am rechten Ellenbogen und außerdem noch in geringerem Grade an den Schultern und anderen Körperstellen vorhanden war; der zweite, eine 66jähr. Frau mit ausgedehntem Lichen planus am Nacken, Armen und Oberschenkeln, außerdem noch einer von Reizung nicht begleiteten aus Lichen-nitidus-Papeln bestehenden Eruption an Stirn, Nacken und Vorderarmen. Im allgemeinen scheint es D. auch nach dem histologischen, an beiden Fällen gewonnenen Bilde, daß Lichen nitidus nur eine der vielen klinischen Varietäten des Lichen planus ist, wofür besonders der zweite Fall spricht. Mit sehr guten, auch den mikroskopischen Befund illustrierenden Abbildungen.

An Endothelioma in an Infant (Fall von Endotheliom bei einem Kinde), von E. I. Lloyd. S. 289. Bei dem 15 Monate alten Kinde bestand schon seit der Geburt eine kleine harte weißliche Erhabenheit in der linken Supraskapulargegend; diese nahm allmählich an Umfang zu, bis sie in den letzten Monaten rascher wuchs und zu einer harten, erhabenen konischen, $1^1/_2$ Zoll im Durchmesser betragenden Masse wurde. Diese war frei beweglich und eine palpable Lymphdrüse in der linken Achselhöhle vorhanden. Die Neubildung, ebenso wie späterhin diese Drüse wurden exzidiert, beide zeigten ein ähnliches mikroskopisches Bild, das aber immerhin über die Natur der Neubildung (ob Endotheliom oder nichtverhorntes Epitheliom) Zweifel offen ließ: den Ursprung bildete vielleicht ein angeborenes Adenoma sebaceum.

Tattooing: Some Medical and Psychological Aspects (Das Tätowieren, einige medizinische und psychologische Betrachtungen), von M. J. Gohen-Johannesburg, Südafrika. S. 290. Nichts Neues.

Recurrent Onychoptosis Occurring as a Family Disorder (Rezidivierende Onychoptosis, als Familienkrankheit vorkommend), von W. J. Oliver. S. 297. Es handelte sich in erster Linie um einen 12jähr. Knaben, bei welchem der Nagel der rechten großen Zehe abfiel, nachdem bei ihm schon 2 Jahre früher die Nägel beider großen Zehen ohne irgend welche vorhergehende Lokalerkrankung oder -verwundung abgefallen waren. Keine Erscheinung von Perionychie oder subungualer Keratosis, keine der anderen Zehen zeigten irgend eine krankhafte Veränderung, Zähne gesund, keine Alopezie oder Hauterkrankung oder Deformität. Der Vater dieses Kindes hatte im Alter von 36 Jahren beide Großzehennägel verloren, was dann die folgenden 3 Jahre sich ebensooft wiederholte. Der 14 Jahre alte Bruder des Knaben hatte im Alter von 12 Jahren beide Großzehennägel verloren, ohne daß dies späterhin wieder vorkam. Diese Nagelabstoßung scheint auf temporärer Unterbrechung des normalen Nagelwachstums oder Abiosis der die Nagelmatrix und -falte bildenden Epidermalzellen zu beruhen. Es sind nur wenige Fälle dieser Art in der Literatur berichtet worden. M. Stern-München.

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn-Breslau. Bd. 13/II: **Die Krankheiten der Nägel**, von J. Heller. (Preis RM. 57,—, geb. 63,—. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) Die von J. Heller in Berlin bearbeitete Monographie, welche die 2. Auflage seines vor 27 Jahren erschienenen Buches über die Nagelkrank-

Digitized by Google

heiten darstellt, gibt eine Fülle von neuen Beobachtungen, welche sowohl für den Dermatologen als auch für den Internisten von großer Wichtigkeit sind, und zeigt, welchen bedeutenden Wert die Onychopathologie für die klinische Medizin besitzt. Die Darstellung Hellers wird wohl das Interesse des Dermatologen auch in Rücksicht auf die pathologische Histologie der Nagelerkrankungen neubeleben; hier liegt sicherlich ein noch unausgeschöpftes Arbeitsgebiet, insbesondere bei Untersuchungen mit den neuen von Unna empfohlenen Methoden. Beim Durcharbeiten des Hellerschen Buches trifft man übrigens eine Reihe von interessanten, für den Dermatologen wichtigen Bemerkungen; hierher gehört die Mahnung, bei allen Fällen von diagnostisch zweifelhaften Nagelerkrankungen an Psoriasis zu denken, und der Bericht über einen auf dem internationalen Dermatologenkongreß in Berlin vorgestellten Fall von Pityriasis rubra Hebrae, der sich nach einigen Jahren als typische Psoriasis erwies. Heller unterscheidet Nagelaffektionen mit wesentlicher Beteiligung der Haut und Nagelerkrankungen ohne erhebliche Miterkrankung der Haut selbst; gerade aus den zu letzterer Kategorie gehörenden Fällen ergibt sich die große Bedeutung der richtigen Erkenntnis der Nagelerkrankungen für die Allgemeinmedizin, und besonders für die Neurologie; dabei weist Heller mit Entschiedenheit den Versuch, aus den Veränderungen der Nägel allein eine Krankheitsdiagnose stellen zu wollen, als unwürdige und unwissenschaftliche Spielerei zurück. Seine tabellarische Zusammenstellung der wichtigsten Ergebnisse der Onychopathologie, welche die Verwertung der Ergebnisse seiner Studien erleichtern soll, hat nämlich nichts mit der Onychodiagnostik zu tun und ermöglicht es dem Arzt, sich rasch über die Beziehungen der einzelnen an den Nägeln zu erhebenden Symptome (Form, Größe, Farbe, Furchenbildung, Krümmungsverhältnisse, Grübchenbildung, Schmerzhaftigkeit) zu den Allgemeinerkrankungen zu orientieren. Die große Zahl der Abbildungen, fast 150, unterstützen in willkommener Weise die Ausführungen des Textes. Ferd. Winkler-Wien.

Bakteriologie, insbesondere bakteriologische Diagnostik, von Lehmann-Neumann. (7. Aufl., 2 Bände. Preis RM. 40,—. Verlag Lehmann, München 1926/27.) Es ist eine ernsthafte Freude, die Neuauflage des Lehmann-Neumann anzeigen zu dürfen. Als die ersten Auflagen erschienen, war es im wesentlichen etwas Einfaches, das gesamte systematische Wissen auf dem Gebiete zusammenzufassen. Heute ist es völlig unmöglich. Aber es ist eine hoch anzuerkennende Leistung, wie K. B. Lehmann mit seinen Mitarbeitern Dold, Süssmann und Haag es verstanden haben, das Buch ganz modern zu gestalten. Mit allergeschicktester Auswahl, mit einer fast humorvollen Kritik, die es gestattet, sicher Erarbeitetes von unsicherem Neuland zu unterscheiden, wird in flüssiger Darstellung unter steten Literaturhinweisen der gewaltige Stoff vor uns ausgebreitet. Es ist unmöglich, hier das ganze Werk zu besprechen, so viel auch im einzelnen zu sagen wäre. Man findet jetzt darin einen sehr guten Abriß der Technik, eine kurze Morphologie und allgemeine Physiologie und Immunologie. Und dann folgt, wieder ganz modern umgearbeitet, die spezielle Systematik. Auch für den Dermatologen ist das Buch von Wichtigkeit, wenn auch die Fadenpilze nicht und die Spirochäten etwas stiefmütterlich behandelt sind. In dem Atlas findet man unter besonderer Berücksichtigung der von den modernen Bakteriologen vielleicht etwas zu sehr vernachlässigten Gelatinekulturen mancherlei wichtige Hinweise für die Diagnostik. So bedeutsam in früheren Zeiten die von R. O. Neumann stammenden Zeichnungen für die ganze Bakteriologie gewesen sein mögen, so wäre hier vielleicht auf Grund neuerer technischer Errungenschaften in der Kunst der Abbildung heute manches besser darzustellen. So könnte man z. B. die Streptokokkentypen auf der Schottmüllerschen Blutplatte nur schwer auf Grund der gegebenen Abbildung diagnostizieren. Diese wenigen kritischen Bemerkungen sollen den Wert des wichtigen Buches aber in keiner Weise herabsetzen.

E. Jakobsthal-Hamburg.

Die Ehe, ihre Physiologie, Psychologie, Hygiene und Eugenik, von M. Marcuse. (Verlag A. Marcus & E. Weber, Berlin und Köln 1927.) Das umfangreiche neue Werk über „Die Ehe, ihre Physiologie, Psychologie, Hygiene und Eugenik" dürfte sich rasch auch gegenüber den beiden meistgelesenen Ehebüchern der Neuzeit, Keyserlings „Ehebuch" und van de Veldes „Vollkommene Ehe", unbestrittene Geltung verschaffen, im ärztlichen Leserkreis sogar den ersten Platz erobern. Es wendet sich in erster Reihe an den Arzt, daneben an die Gebildeten aller Berufe. Der Herausgeber selbst setzt sich im Vorwort mit den beiden genannten Ehebüchern eingehend auseinander: Keyserlings intuitiv-künstlerischer Erfassung der Ehe als metaphysisches Problem, gesehen von der „einseitig irrationellen Schau des Philosophen", stellt Marcuse bewußt die „einseitig naturwissenschaftliche Untersuchung des Arztes" gegenüber, der in der Ehe kein meta-

Digitized by Google

physisches, sondern ein aus der Erfahrung heraus zu beurteilendes biologisches Problem zu erblicken hat. Gemeinsam mit Keyserling aber sieht Marcuse in der Ehe eine „Schicksals- und Schuldgemeinschaft, die durch Liebe allein weder ersetzt noch erfüllt werden kann". Zu van de Veldes Werk, das übrigens als erster Teil einer Trilogie geschrieben ist und im zunächst vorliegenden Band vor allem über die „Technik" der Ehe vom physiologischen Gesichtspunkt aus unterrichten will, äußert sich Marcuse insofern ablehnend, als er in der geforderten Fortführung der „Hoch-Zeit" zur „Hoch-Ehe" etwas Wirklichkeitsfremdes erblickt, die Ausschaltung des Alltags aus dem Eheverhältnis für ganz undurchführbar hält und die Überbetonung der Erotik und Geschlechtsgemeinschaft durch van de Velde für zu weitgehend ansieht. Marcuse und seine Mitarbeiter — zum überwiegenden Teil Mediziner — wollen die gesamte Somatologie und Psychologie der normalen Ehe einschließlich der „Urformen und Wandlungen der Ehe" (Róheim) und der „Ehestatistik" (Burgdörfer) im Rahmen biologischer Betrachtung zur Darstellung bringen; pathologische Abweichungen werden nur in den Kapiteln „Psychopathen als Ehegatten" (Stelzner) und „Sexuell abnorme Ehen" (Moll) näher erörtert. In der Konzeption des Buchplans wurde Marcuse von vornherein durch seinen Mitarbeiter Finkenrath bestärkt, der seine Stellung zum Eheproblem in dem das Werk einleitenden Abschnitt „Ehekunde" klarlegt. Ein als weiterer Beitrag gedachter Abschnitt „Die ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen der Ehe" von J. Heller mußte seines Umfangs wegen als selbständige Monographie erscheinen. Als Mitarbeiter sind: A. Basler-Tübingen, Burgdörfer, Christian, Finkenrath, Künkel, A. Moll, K. Horney und H. Stelzner-Berlin, R. Fetscher-Dresden, W. Hagen-Frankfurt, O. Herschan-Breslau und G. Róheim-Budapest zu nennen. Der Raum des Referats verbietet auf die einzelnen Abhandlungen näher einzugehen. Sind auch hier und da Wiederholungen bei der Vielheit der Autoren nicht zu umgehen gewesen, so bedeutet doch das Persönliche der Auffassungen auch hierbei stets einen Gewinn. Aus der Fülle des Stoffes führen wir — ohne damit ein Werturteil gegenüber den nicht namentlich erwähnten Abschnitten anzudeuten — noch folgende Kapitel an: Die Ehegatten als Vermittler des Erbguts (Fetscher), psychische Eignung und Nichteignung zur Ehe (Horney), Ehe und Gesellschaftsklassen, die Ehe auf dem Lande und in der Stadt (Basler), Verwandtenehe und Mischehe, die Bedeutung des männlichen Klimakteriums für die Ehe (Marcuse), die Bedeutung der weiblichen Klimax und Menopause für die ehelichen Beziehungen (Herschan), die Psychologie der Gattenbeziehung (Künkel), Eifersucht und Ehe, Vererbung des elterlichen Eheschicksals (Moll), biologische Kritik des Eherechts (Christian) usw. Das Marcusesche Buch wird jedem Arzte eine aufschlußreiche und fesselnde Lektüre, dem Dermato-Venerologen ein wertvolles Nachschlagewerk sein, das ihm einen Überblick auch über alle nicht sein tägliches Arbeitsbereich berührenden Fragen des Ehelebens gewährt. Viele Abschnitte verschaffen dem Leser auch durch die vortreffliche stilistische Form einen hohen Genuß. Buchausstattung und Druck sind vom Verlag sorgfältigst gewählt. So dürfte diesem „Biologischen Ehebuch" der Weg zum Erfolg gesichert sein; auch dem in manchen Punkten vielleicht abweichend urteilenden Sexualforscher wird es Anregung und vielfache Belehrung bringen.

F. Callomon-Dessau.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

b. Pathologie und Klinik

Zur Diagnose und Therapie spätsyphilitischer Lebererkrankungen, von L. Frank und W. Worms-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 22, S. 911.) Das häufigste Symptom bei Leberlues ist die Vergrößerung der Leber. Die Palpation ist oft durch starkes Fettpolster erschwert. Nicht immer ist der typische Befund des Hepar lobatum vorhanden. Oft findet man nur diffus vergrößerte Organe, deren Oberfläche und unterer Rand keine stärkeren Bucklungen aufweisen. In solchen Fällen ermöglicht erst die Röntgenuntersuchung die Diagnose. Die Lappung kann in manchen Fällen bis zur gestielten Abschnürung einzelner Leberpartien führen (Verwechslung mit Darmtumor möglich). Die Konsistenz der vergrößerten Leber ist härter als die der Stauungsleber, ebenso ist die Druckempfindlichkeit größer. Milztumor braucht nicht immer vorhanden zu sein. Ein konstantes Symptom bei Leberlues ist das Fieber, das entweder langsam

Digitized by Google

ansteigt, kontinuierlich verläuft oder stark remittierend ist. Differentialdiagnose gegen Sepsis oder Malaria schwierig. Für Lues spricht die geringe Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Ferner zeigt das Blutbild stärkere Lymphozytose und geringgradige Eosinophilie. Ein weiteres Merkmal ist eine starke Pulsverlangsamung. Die Leberlues geht mit eigenartigen Schmerzen einher. Die Patienten klagen über Spannungsgefühl oder schmerzhafte Druckempfindlichkeit, die den ganzen Oberbauchraum unterhalb des Zwerchfells einnimmt. Die Schmerzen ziehen zum Rücken und sind zeitweise neben der Wirbelsäule in Höhe der oberen Lendenwirbel lokalisiert. Ikterus wird selten beobachtet, die WR ist oft negativ. Von der Injektion von Neosalvarsan wird abgeraten, da die mit der schnellen Resorption der Gummen einhergehende Bindegewebs- und Narbenbildung durch Narbenschrumpfung den Rest des noch funktionstüchtigen Lebergewebes vernichtet. Jod wird von vielen Patienten schlecht vertragen. Die besten Heilerfolge wurden mit einer milden Hg-Arsentherapie (Modenol) erzielt. Jeden 2. Tag wird eine Modenolinjektion verabreicht. Nach 10 Injektionen wird eine Pause von 2 bis 4 Wochen eingeschaltet, dann folgt eine 2. Modenolkur mit 10 Injektionen. 1—1½ Monate später wird eine Wismutkur (10—20 Injektionen) angeschlossen. Mit der spezifischen Behandlung muß eine strenge Diät durchgeführt werden. Verff. raten zu reiner Kohlenhydratkost, da hierdurch die Leber weitgehend durch Glykogenanreicherung in ihrer Funktion gebessert wird. F. Harry-Wiesbaden.

Tétanie et parathyroidite syphilitique; gommes pulmonaires; intégrité des noyaux striés (Tetanie und Parathyreoiditis syphilitica. Lungen-Gummata. Unversehrtheit des Corpus striatum), von L. Langeron, J. Déchaume, P. Delore und J. Jeannin. (Presse méd., 1927, Nr. 6, S. 81.) 47jähr. Mann erkrankt unter den Zeichen einer Polyneuritis alcoholica mit Verdauungsbeschwerden und Bronchitis. Später kommen schwere Anfälle von Tetanie mit Chvostek und Trousseau. Genaue chemische und Blutuntersuchungen lassen auch an Neoplasma denken. Deutliche Kalkverminderung im Blut. Tetanische Anfälle wiederholen sich. Exitus. Autopsie ergibt: Gummen der Lungen. In der Schilddrüse einige Verkalkungen. Starke Sklerosierung der etwas vergrößerten Glandulae parathyr. Diagnose: Parathyreoiditis chron. syph. Ferner finden sich perivaskuläre Blutungen im Linsenkern, Lipochromvermehrung in den Zellen des Linsenkerns. Keine tiefergreifende Zerstörung nervöser Elemente. Hervorgehoben werden muß die Unversehrtheit des Corpus striatum im Gegensatz zu sonstigen Beobachtungen bei Tetanie, ferner das Fehlen hepato-renaler Insuffizienz, die Hyperalkaleszenz und die Hypokalkämie. Wahrscheinlich ist die Parathyreoiditis das Primäre. Diese und die chron. Alkoholvergiftung (Pat. trank täglich 2—3 l Wein) lösten die Tetanie aus.

H. Colman-Berlin.

Repetitorium der praktischen Neurologie. Die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Syphilis des Gehirns, von E. Siemerling. (D. m. W., 1927. Nr. 19, S. 797.)

La période préclinique de la syphilis nerveuse (Die vorklinische Periode der Syphilis des Nervensystems), von P. Ravaut. (Bull. de l'Acad. de Med., 1927. Bd. 97. Nr. 20, S. 616—621.) Den klinischen Erscheinungen der Syphilis des Nervensystems geht eine oft lange Latenzperiode voraus, in der der Liquor bereits charakteristische Veränderungen aufweist. Man kann danach eine präklinische Periode, die mit den ersten durch die Spirochäten an den Gefäßen, Meningen, Parenchym gesetzten Veränderungen beginnt und ganz allmählich zu Degenerationen und Zerstörungen führt, und die sich daran anschließende klinische Periode unterscheiden. Es liegen für diese Anschauung schon große Reihen von Beobachtungen vor. Eine dauernde Wiederholung der Lumbalpunktion stößt praktisch auf Schwierigkeiten, man wird im allgemeinen den für die Feststellung bedeutungsvollsten Zeitpunkt, d. i. das Ende des 3. Jahres für die Untersuchurg wählen, zu dem auch die intensive Behandlung gewöhnlich ihr Ende findet. Frühere Beendigung der Behandlung erfordert Liquoruntersuchuug; je älter die Syphilis ist, desto günstiger ist negativer Liquorbefund zu bewerten.

E. Levin-Berlin.

Report of Case of Neurosyphilis (Bericht über einen Fall von Neurosyphilis), von G. B Desparois-Los Angeles. (Med. J. and Record, 1927, Bd. 125, Nr. 10, S. 667.) Der Pat., der voraufgegangene Syphilisinfektion leugnete, hatte vor einem Jahre einen Ohnmachtsanfall mit anschließendem Erbrechen gehabt. Es bestehen jetzt Zeichen von Iritis, träge bzw. aufgehobene Lichtreaktion, gesteigerte Patellarreflexe, Romberg positiv. Sensibilitätsstörungen an der linken Gesichtshälfte und dem rechten Arm und Bein. Es wurde daraus die Diagnose auf Lues cerebrospinalis und Folgeerscheinungen einer

Digitized by Google

syphilitischen Enzephalitis gestellt, doch war die WR negativ. Untersuchung der Spinalflüssigkeit ergab aber positive WR und spezifische Goldsolkurve. Aus diesen Befunden wird der Schluß der Bedeutung der klinischen Diagnose gegenüber den Laboratoriumsbefunden gezogen. E. Levin-Berlin.

General Paresis. A Clinico-Pathological Study with Especial Reference to the Significance of the So-called „Typical" Laboratory Findings (Progressive Paralyse. Klinisch-pathologische Studie. Die Bedeutung der sogenannten „typischen" Laboratoriumsbefunde), von N. W. Winkelman und G. Wilson-Philadelphia. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 5, S. 712—721.) Unbehandelte Fälle von progressiver Paralyse zeigen deutliche syphilitische Veränderungen im Blut und Liquor, einschließlich Pleozytose, vermehrten Globulingehalt und spez. Goldsolkurve. Fehlen ausgesprochener Veränderungen spricht gegen die Diagnose, doch kommen auch vereinzelte Fälle vor, in denen trotz klinischer Erscheinungen und für Paralyse sprechender Blut- und Liquorbefunde die histologische Untersuchung des Gehirns ergibt, daß es sich nicht um Paralyse handelte. Gehirne mit umfangreichen organischen Veränderungen (Hämorrhagien, Thrombose, Gummi) zeigen selten mikroskopische paralytische Veränderungen. Die vorher genannten ausgesprochenen Laboratoriumsbefunde genügen bei Fehlen von Geistesstörungen nicht, um die Diagnose auf progressive Paralyse zu stellen.

E. Levin-Berlin.

Le rôle de la syphilis héréditaire dans l'étiologie des hémorrhagies méningées sous-arachnoidiennes spontanées (Die Rolle der Heredosyphilis in der Ätiologie der meningealen sub-arachnoidealen Hämorrhagien), von H. Schaeffer. (Presse méd., 1927, Nr. 40, S. 628.) 3 Fälle: 1. Mit 18 Monaten typische heredoluetische Enzephalitis mit nachfolgender Hemiplegie. Mit 18 und zuletzt 24 Jahren meningeale Hämorrhagie. Pupillenstörung. Liquor WR ++. Heilung durch antiluetische Kur. 2. 27jähr. Frau, Mutter eines gesunden Kindes, Ehemann gesund, erkrankt an Meningismus. Anisokorie. WR im Liquor ++, im Blut —. Besserung der furchtbaren Kopfschmerzen nur durch antiluetische Kur. Vater war Luetiker. 3. 20jähr. Mädchen, das nie Lues erworben hat, hat zwei meningeale Hämorrhagien, sonst keine Zeichen von Lues. Blut stets —, Liquor mehrfach ++. Auch hier L. hereditaria so gut wie sicher. Bei allen 3 Fällen Auftreten der Hämorrhagien ohne äußere Veranlassung. Nur bei einem Fall hing sie zeitlich mit der Periode zusammen. In allen 3 Fällen bildeten die meningealen Hämorrhagien das einzige Symptom der L. hereditaria. Pathologisch-anatomisch beruhen diese Blutungen auf einer Störung des sympathiko-endokrinen Systems, Störungen der Blutkoagulation und einer Brüchigkeit der Gefäßwände auf Grund der Lues hereditaria. Wahrscheinlich besteht eine Korrelation dieser Veränderungen mit den Menses.

H. Colman-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Beiträge zur experimentellen Syphilisforschung, von W. Worms, Bakt. Abt. Reichsges.-Amt Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1927, Nr. 23, S. 959.) Bei 21 durch lokale Schutzmittel vor äußeren Erscheinungen geschützten Tieren konnte nach 4—5monatiger Beobachtungszeit in keinem Falle ein positives Ergebnis durch Drüsenverimpfung erzielt werden. Auch die bei mehreren Tieren ausgeführten zweiten Drüsenpassagen blieben negativ. Vergleichende Prophylaxeversuche ergaben, daß bei starker Impfskarifikation die Kalomelsalbe, 15 Minuten nach der Impfung angewandt, die Tiere schützte, Chininsalbe dagegen unter gleichen Bedingungen versagte. Bei schneller Impfung waren Kalomel- wie Chininsalbe gleich wirksam. Weitere Versuche zeigten, daß zur Entscheidung der Frage, ob eine Infektion vorlag, stets das gesamte Drüsenmaterial zur Kontrollimpfung verwendet werden muß. In den Leistendrüsen von 6 abortiv geheilten Menschen konnten weder in der ersten noch in der zweiten Drüsenpassage Spirochäten nachgewiesen werden. Die Versuchsresultate von Kolle und Schloßberger, erscheinungslose Infektion bei Ratten und Mäusen durch Drüsenverimpfung nachzuweisen, konnten bestätigt werden. Lama-Immunserum übt weder schützenden noch heilenden Einfluß bei experimenteller Kaninchensyphilis aus. F. Harry-Wiesbaden.

Versuche über die Wirkung chemotherapeutischer Stoffe (Salvarsan, Trypaflavin und Antimonverbindungen) auf Spirochäten und Trypanosomen in vitro, von P. Papamarku, Inst. Robert Koch-Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 107, H. 2, S. 407.) Die Angabe, daß Salvarsan im Reagenzglas Spirochäten nicht direkt schädige, beruht auf ungenügend langer Beobachtung. Dehnt man die Versuche bis zu 24 und 48 Stunden aus, so sieht man eine spezifische Schädigung der Spirochäten noch

Digitized by Google

in Verdünnungen von 1:1000000 und darunter; Naganatrypanosomen werden dagegen in denselben Lösungen schon nach 2 Stunden völlig unbeweglich. Dieser Unterschied sei nach Simic dadurch zu erklären, daß die Trypanosomen das unveränderte, die Spirochäten erst das oxydierte Salvarsan aufnähmen. Auch Trypaflavin und andere Akridinverbindungen immobilisieren in vitro in mehr als millionenfacher Verdünnung sowohl Spirochäten als auch Trypanosomen; auch hier werden die Spirochäten weit langsamer beeinflußt. Brechweinstein und Antimontrioxyd wirken wie im Tierkörper so auch im Reagenzglas elektiv nur auf Trypanosomen; diese werden bis zur Verdünnung 1:30000000 herab deutlich beeinflußt, während Spirochäten selbst bei 1:300 beweglich bleiben. J. Schumacher-Berlin.

d. Serologie

Valeur pratique de la réaction de Bordet-Wassermann (Praktischer Wert der WR), von G. Milian. (Paris méd., 1927, Nr. 20, S. 468—472.) Für den Spezialisten nichts Neues. E. Levin-Berlin.

Zur Frage der Fällungsreaktionen bei Syphilis, von M. Kaplun. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 10.) Die Fällungsreaktionen (Meinickes 3. Modifikation und Sachs-Georgi) sind nicht weniger spezifisch als die WR. Im Falle einer alten behandelten Syphilis hält sich die Meinickesche länger als die WR. Die SGR nähert sich derjenigen von Meinicke. Die Fällungsreaktionen ergänzen die WR. A. Jordan-Moskau.

The Significance of the Kahn Test (Die Bedeutung der Kahnschen Reaktion), von J. E. Walker-Washington. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 19, S. 1469.) Ausführliche experimentelle Arbeit mit mehreren vergleichenden Tabellen. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind: Je stärker positiv die Reaktion, desto größer die Wahrscheinlichkeit bestehender Lues. Beweisend ist die Reaktion aber nicht. Eine positive Reaktion soll nur den Verdacht auf Lues lenken und hat den Wert eines verdächtigen Symptoms. Sie ist wegen ihrer Einfachheit als Modifikation der WR und Hilfsmittel zur Diagnostik der Lues zu verwenden. H. Colman-Berlin.

Studies on the Kahn Test. I. Fifteen Thousand Examinations Compared with the Wassermann Test (Studien über die Kahnsche Reaktion. 15000 Untersuchungen verglichen mit der Wassermannschen Reaktion), von F. Berry und G. M. de Long-Columbus, Ohio. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 17, S. 1306.) Vergleichende Untersuchungen zwischen KR und WR, ausgeführt an über 15000 Fällen, ergaben nur in knapp 5% der Fälle kein übereinstimmendes Resultat. Bei diesen handelte es sich zumeist um Pat. mit Syphilis in verschiedenen Stadien, die zu $^3/_4$ kahn-positiv und wassermann-negativ waren und nur zu $^1/_4$ umgekehrt, was für eine stärkere Empfindlichkeit der KR zu sprechen scheint. Letztere ist durch ihre Einfachheit und Schnelligkeit der Reaktion der WR überlegen. B. Peiser-Berlin.

Zur Technik der Normomastixreaktion, von Fr. Meyer-Lüben. (D. m. W., 1927, Nr. 19, S. 802.) Um die Umständlichkeit des jedesmaligen Salzvorversuches auszuschalten, verwendet Verf. an Stelle der Mastixstammlösung eine 10%ige alkoholische Kolophoniumlösung. Der Kochsalztiter der Kolophoniumlösung blieb konstant. Gearbeitet wurde mit folgender Lösung: 1 ccm 0,5%iges Natr. carbonic. + 99 ccm 0,3%iger NaCl-Lösung. Die Kolophoniumstückchen werden im Mörser zerrieben, in absolutem Alkohol gelöst und dann zweimal filtriert. Die Herstellung des Sols ist die gleiche wie bei der Normomastixreaktion. F. Harry-Wiesbaden.

A Study of Ill Effects from Lumbar Puncture, with Report of a Postpuncture Fatality (Studie über Zufälle bei der Lumbalpunktion mit Bericht über einen Todesfall nach der Punktion), von Lester M. Wieder-Ann Arbor, Mich. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 173, Nr. 6, S. 855—860.) Der Zusammenhang des Exitus mit der Lumbalpunktion ist nicht sicher angesichts der Syphiliserkrankung des Zentralnervensystems und der thymiko-lymphatischen Konstitution. Im allgemeinen kann der Eingriff bei richtiger Technik als harmlos gelten; die Pat. sollen danach im Bett bleiben, dessen Fußende zu erhöhen ist. E. Levin-Berlin.

e. Therapie

Prinzipielles zur modernen Syphilisbehandlung, von A. Buschke und E. Langer-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 13, S. 531.) Auf Grund eigener Beobachtungen, mit denen die Ergebnisse Willmanns und die statistischen Feststellungen von Gürich, Jungmann und Hall übereinstimmen, sind die Verff. zu der Überzeugung gelangt, daß die moderne Syphilistherapie nur teilweise zur Sanierung führt und mit Nachteilen für den Kranken verknüpft ist, wie die Zunahme der syphilitischen Nerven- und Gefäßerkrankungen be-

Digitized by Google

weist. Die maximalen Behandlungsmethoden von Hoffmann, Scholtz, Almkvist u. a. sind nur dann gerechtfertigt, wenn die Spirochäten noch nicht fest in den Organen verankert sind, d. h. keine Antigen-Antikörperreaktionen innerhalb des Gewebes begonnen haben. In solchen Fällen geben Verff. 10—12 Injektionen Neosalvarsan und 18—20 Injektionen Wismut (Bismophanol, Bisuspen oder Bismogenol). Nach 2 Monaten folgt die zweite und schließlich noch eine dritte Kur. In der sekundären Periode der Syphilis gilt es, die schwächsten Präparate anzuwenden, die gleichzeitig die Immunität im Körper nicht stören. Bevorzugt wird die Schmierkur, deren die unspezifische Umstimmung anregende Wirkung bekannt ist. Wird die Schmierkur aus äußeren Gründen abgelehnt, so geben Verff. ein Wismutpräparat, dessen Wirkung ja keine direkt spirillozide ist, sondern auf dem Umweg über den Organismus (endokrin-sympathisches System?) zustande kommt. Das Behandlungsziel soll sein, eine Latenz (Gleichgewicht zwischen Organismus und Erreger) zu erreichen und zu erhalten. Ulzeröse Syphilide der Sekundärperiode, Neurolues, Viszerallues werden mit Kalomel, jeden fünften Tag 0,25—0,5 ccm der 10%igen Emulsion, insgesamt 6 Injektionen, behandelt. Bei tertiärer Lues hat sich Jodkali in Verbindung mit einer Schmierkur bzw. Bi, bei kongenitaler Lues Sublimatinjektionen oder Bisuspen (Kinderbisuspen) ausgezeichnet bewährt. Auch die metaluetischen Erkrankungen werden am besten durch milde spezifische Behandlung beeinflußt, mit Ausnahme der progressiven Paralyse. F. Harry-Wiesbaden.

Hat die moderne Luesbehandlung Beziehungen zur Zunahme der Aortitis und nervösen Metalues? von E. Langer, Derm. Abt. Rudolf-Virchow-Krkh. Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 22, S. 835—836.) Zu der Arbeit von Bruhns in Nr. 7 der M. Kl. (Ref. diese Wschr., Bd. 84, S. 760), in der der Standpunkt einer intensiven kombinierten Behandlung im Frühstadium vertreten, andererseits darauf hingewiesen wird, daß es eigentlich zweckmäßig wäre, bei schon positiver WR erst nach Auftreten des Exanthems zu behandeln, wird bemerkt, daß Bruhns damit sich den von ihm bekämpften Gegnern sehr nähert. Bei der Unsicherheit der kompletten Heilung im Frühstadium kommt es vor allem darauf an, die Immunitätsverhältnisse nicht zu zerstören, wie es durch das Salvarsan häufig geschieht. Über die Zusammenhänge von Salvarsanbehandlungen und metaluetischen Erkrankungen lassen sich im Gegensatz zu der Anschauung von Bruhns sehr wohl schon Schlüsse ziehen aus den Beobachtungen von Völkern, die bisher keine Syphilisbehandlung kannten und jetzt einer intensiven Salvarsanbehandlung unterzogen wurden und bei denen danach die bisher fast unbekannten Erscheinungen von metaluetischen Nervenerkrankungen und Aortitis auftraten. Auch bei uns ist eine Beschleunigung des Ablaufes der Syphilisstadien und eine Verkürzung der Inkubationszeit bei der nervösen Lues nachgewiesen, und auch eine Zunahme der Aortitis scheint sicher zu sein. Alle diese Tatsachen hängen mindestens zum Teil mit der Steigerung der Syphilisbehandlung zusammen. E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Syphilis bei Schwangeren und Gebärenden, von H. Runge. Univ.-Frauenkl. Kiel. (D. m. W., 1927, Nr. 13, S. 536.) Jede syphilitische Schwangere soll behandelt werden, gleichgültig, ob Erscheinungen bestehen oder nicht und ob eine oder mehrere Behandlungen vorausgegangen sind. Das gleiche gilt für alte Syphilis mit negativer WR. Verf. empfiehlt das von Boas und Gammeltoft angegebene Behandlungsschema: 3 Wochen Schmierkur, 4 Wochen Schmierkur und wöchentlich eine Salvarsaninjektion, dann wiederum 14 Tage nur Schmierkur. Nach einer Pause von 1 Monat folgt wieder eine einmonatige Schmierkur, nochmals Pause von 1 Monat und anschließend eine kombinierte Kur von 7 Wochen Dauer. Nur die letzten 4 Wochen vor der Geburt sind behandlungsfrei. Die WR ist lediglich kurz vor und in der Geburt und in den ersten Tagen des Wochenbettes etwas unzuverlässig. Besonders wichtig ist die Behandlung vom fünften Schwangerschaftsmonat an. F. Harry-Wiesbaden.

Traitement arsenical de la syphilis pendant la grossesse. Résultats obtenus par l'emploi de l'acétylarsan (Arsenbehandlung der Syphilis während der Schwangerschaft. Erfolge mit Azetylarsan), von Poli-Garnier. (Progr. méd., 1927, Nr. 24, S. 928—931.) Die Beobachtungen betreffen Eingeborene von Algier, bei denen intravenöse Einspritzungen teils wegen der großen Zahl der Kranken, teils wegen oft sehr fetter Arme schwer durchführbar waren. Deshalb wurden intramuskuläre Einspritzungen von Azetylarsan, 3 ccm alle 4—5 Tage verabfolgt; nach 15 Einspritzungen 1 Monat Pause, dann Wiederaufnahme der Behandlung. Die Frauen, die zum großen Teil vorher mehrfache Fehlgeburten gehabt hatten, gebaren zur richtigen Zeit normal erscheinende Kinder. Es muß noch weiter dahin gestrebt werden, daß die Frauen schon vor der Schwangerschaft und daß auch die Männer behandelt werden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Antiluische Behandlung syphilitischer Säuglinge, von J. Cassel-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 13, S. 538.) Die erste Kur muß gründlich sein und mindestens $^1/_4$ Jahr dauern. 3 Monate später folgt die zweite Kur, auch nach negativer WR. Dauer $^1/_4$ Jahr. Eine dritte Kur ist bei positiver WR obligatorisch. Die vierte Kur wird nur bei positiver WR ausgeführt. Die spezielle Behandlung führt Verf. in der Weise durch, daß abwechselnd 2 Wochen lang Hg per os (dreimal täglich 0,01—0,015 g nach der Mahlzeit), und zwar Hg tannicum oxydulatum und dann 2 Wochen lang Neosalvarsan (wöchentlich eine Injektion von 0,015 g pro Kilogramm, im ganzen 0,5 g Neosalvarsan bei der ersten Kur, 0,6—0,72 g bei der zweiten und 1,25—1,75 g bei der dritten und vierten Kur). Von der zweiten Kur an wird statt Hg per os Ung. Hg ciner. Resorbino parat. (0,4—1,5 g pro dosi bis 30—90 g pro Kur) angewendet. bei kräftigen Kindern bereits von der zweiten Hälfte der ersten Kur an. Auch Wismut eignet sich zur Behandlung. Verf. verwendet Milanolöl oder Kinderbisuspen (Heyden) in Mengen von 1 mg Bi pro Kilogramm Körpergewicht + 1 mg Bi. F. Harry-Wiesbaden.

Antisyphilitische Behandlung bei Kreislauferkrankungen, von N. Jagić-Wien. (D. m. W., 1927, Nr. 13, S. 535.) Verf. gibt bei Mesaortitis simplex 20 intramuskuläre Injektionen von Hg succinimidatum 0,02 oder Mirion in zweitägigen Intervallen und Neosalvarsan insgesamt 3,5—4,5 g in Dosen von 0,15—0,45 g. Bei Mesaortitis valvularis soll die Kur nur dann durchgeführt werden, wenn keine Kompensationsstörung nachweisbar ist. Chronisch dekompensierte Fälle eignen sich nicht für spezifische Behandlung. Bei Mesaortitis coronaria ist große Vorsicht bei der Behandlung geboten. Man gibt in diesen Fällen gleichzeitig mit Salvarsan Papaverin subkutan. Die spezifische Behandlung heilt den syphilitischen Prozeß nicht aus, bringt ihn höchstens zum Stillstand. In anderen Fällen wiederum läßt sich die Progression nicht aufhalten. Wismut an Stelle von Hg gibt keine besseren Resultate. Die Jodbehandlung erfordert genaue Beobachtung der Pat. Vergiftungserscheinungen verschwinden prompt auf Arsenkur. Die Erfolge der Malariabehandlung der Mesaortitis simplex sind teilweise günstig, teilweise weniger zufriedenstellend. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Therapie refraktärer Luesfälle, von A. Perutz. (Ärztl. Praxis, 1927, Nr. 4, S. 94.) Bei Versagen der üblichen Antiluetika kommen in Betracht: Kadmium Antimon, Radix sarsaparillae. Die Wirkung der Zittmann-Kur ist die mildeste Forr der Protoplasmaaktivierung, wenn der Organismus nicht mehr fähig ist, Abwehrstoffe gegen die Lues zu bilden. Die Serumtherapie (weder Quéry- noch Lamaserum) hat bisher keine Erfolge gegeben. Günstiger zu beurteilen sind die therapeutischen Erfolge mit der aktiven Immunisierung, der Vakzination (Luetin). Die Methoden der parenteralen, also unspezifischen Eiweißbehandlung und die Proteinkörpertherapie können gewisse Fälle von Lues günstig beeinflussen Viel zu erwarten ist noch von der Malariatherapie. M. Cohn-Dresden.

Die Wirkung des „Modenols" bei experimenteller Kaninchensyphilis, von W. Worms, Bakt. Abt. Reichsges.-Amt Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1927, Nr. 15, S. 616.) Kleinere Gaben von Modenol — einem kombinierten Hg-As-Präparat mit 0,4% Hg und 0,6% As —, die den beim Menschen verabreichten Dosen entsprachen, wirkten reizend im Sinne einer Verstärkung der Erscheinungen. Eine vollständige Abheilung der äußeren Erscheinungen und restlose Beseitigung der Spirochäten aus dem Tierkörper wurde erst nach vier Injektionen von je 2 ccm pro Kilogramm Körpergewicht erzielt. Die Dosis tolerata des Modenols vermag somit deutlich antiluetische Wirkung im Gegensatz zu der des Hg salicyl. auszuüben. Ferner ist das Hg im Modenol um fast das Zweifache verträglicher als die Hg-Menge in unlöslichem Hg salicyl. F. Harry-Wiesbaden.

Die Histologie der experimentellen Modenolvergiftung, von O. Heitzmann. (D. m. W., 1927, Nr. 15, S. 616.) Histologisch fand sich typische Hg-Vergiftung in Leber, Nieren und Darm. Auffallend war, daß die roten Blutkörperchen und die Kapillarwandungen keine Schädigung aufwiesen. Modenol greift demnach das Gefäßsystem nicht an. F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 41 (Bd. 85) 8. Oktober 1927

Aus der Deutschen Dermatologischen Klinik in Prag (Vorstand: Prof. C. Kreibich)

Über einen Fall von rezidivierendem großknotigem Erythema exsudativum multiforme mit atypischer Lokalisation

Von

Dr. Julius Samek, Sekundärarzt

Mit 1 Abbildung im Text

54jähr. Marie L., Familienanamnese o. B. Seit 7 Jahren Menopause. Die jetzige Hauterkrankung begann vor 14 Tagen mit einem Knoten am Halse links, der sich rapid peripherwärts vergrößerte und blasige Abhebung zeigte; es folgte dann der Reihe nach Bildung von knotigen Herden an Schulter, Brust, Rücken, oberen und unteren Extremitäten. Gleichzeitig bestand Fieber, Abgeschlagenheit und Schluckbeschwerden. Das erstemal trat die Erkrankung im Jahre 1916 auf und rezivierte jedes Frühjahr, angeblich bereits 11—12mal. Im Jahre 1924 lag Patientin bereits einmal in der Klinik mit einem Rezidiv ihrer Erkrankung, das auch damals ausgesprochene Kombination von Effloreszenzen des Erythema exsudativum multiforme und nodosum darbot (s. Abb. 1), nur erscheint der damalige Schub, sowohl Haut- als Allgemeinerscheinungen, bedeutend intensiver als der jetzige. Auf der Höhe der damaligen Erkrankung gesetzte Kochsalz- und Trichophytinquaddeln transformierten sich in wenigen Tagen in die Morphe der Erkrankung (Kreibich).

Der damalige interne Befund (Klinik Prof. Jaksch) ergab die Diagnose Mitralinsuffizienz. Der Blutbefund eine leichte Anämie und geringgradige Leukozytenvermehrung mit Linksverschiebung. Gleichzeitig bestand Angina und Albuminurie.

Status praesens: Kleine, kräftig gebaute Patientin in recht gutem Ernährungszustand, ohne besondere Störung des Allgemeinbefindens.

Interner Befund (Klinik Prof. Schmidt): Rachen bis auf geringe Zerklüftung der Tonsillen o. B. Lunge: Physikalisch und röntgenologisch o. B. Herz: Langgezogenes systolisches Geräusch an der Herzspitze, akzentuierter 2. Pulmonalton. Röntgenbefund: Geringe Hypertrophie des linken Ventrikels, Aorta nicht verbreitert. Im Katheterharn Albumen schwach positiv (Esbach $^1/_4{}^0/_{00}$), im Sediment Leukozyten und Erythrozyten, keine Zylinder. Blutbefund: Erythrozyten 4000000, Leukozyten 9400, Segmentkernige 57%, Stabkernige 27,5%, Lymphozyten 9,5%, Monozyten 5%, Mastzellen und Reizformen je 0,5%. (Deutliche Lymphopenie und Linksverschiebung.) Thrombozyten reichlich. Sahli 68, korrigiert 97%. WR negativ. Blutkultur: Direkte Aussaat und Anreicherung steril. (Zweimaliger Kulturversuch.) Ein Meerschweinchen, das mit einem Teil des exzidierten Stückes geimpft worden war, zeigte keine pathologischen Erscheinungen. Temperatur: Morgens 38,2°, abends 38,6°, um innerhalb weniger Tage unter Aspiringaben zur Norm abzusinken.

Hautstatus: An der Oberlippe ein symmetrischer, kronengroßer, lividroter, knotiger Herd. An der Brust zwei handtellergroße Herde, ein elliptischer (15 cm Durchmesser) über der linken Schulter, ein ebensogroßer am rechten Ober- und linken Unterarm. Am Rücken rechts drei an der Peripherie konfluierende Herde, der mittlere mannsfaustgroß. In der Mittellinie am Rücken ein pflaumengroßer Herd. An der linken unteren Extremität in der Knöchelgegend ein elliptischer Herd von 15 cm Durchmesser. Die Effloreszenzen an Stamm und Extremitäten zeigen folgende makroskopisch

Digitized by Google

verfolgbare Entwicklung: Beginn mit lebhaft rotem Knoten, dessen pathologische Erscheinungsformen sich zunächst im Zentrum abspielen, um allmählich peripherwärts fortzuschreiten. Zunächst ist das Zentrum durch Ödem gelblich abgeblaßt, dann kommt es infolge stärkerer ödematöser Durchtränkung zur Abhebung der Epidermis, zur Blasenbildung. Nach Platzen der Blase Bildung einer gelben Borke, um die sich als Steigerung des peripherwärts fortschreitenden Ödems neue Blasen gruppieren, die nach außen wiederum von Ödem und schließlich dem roten Saum als niedrigster Entwicklungsmorphe begrenzt werden. Auffallend und besonders erwähnenswert ist der Umstand, daß die Effloreszenzen ausgesprochen knotigen Charakter aufweisen, d. h. daß die oben geschilderten dem Erythema exsudativum multiforme entsprechenden Entzündungserscheinungen sich nicht nur im Papillarkörper abspielen, sondern entsprechend dem später zu beschreibenden histologischen Bild sich tief in die Kutis erstrecken. Die Herde zeichnen sich auf der Höhe der Erkrankung durch außerordentliche Schmerzhaftigkeit aus. Nicht alle Herde erreichen das Stadium der Blasenbildung, manche bilden sich unter Schuppung mit einem lividroten Farbenton zurück. Der Herd im Bereiche der linken Knöchelgegend ist von allem Anfang an stark hämorrhagisch, sowohl im Infiltrat als auch im Blaseninhalt, was wohl durch die Lokalisation erklärt wird.

Abb. 1. Knotiger Herd von Erythema exsudativum multiforme des Nackens. (1. Aufenthalt in der Klinik 1924)

Exzidiert wurde der pflaumengroße Herd in der Mittellinie am Rücken, der noch nicht bis zur Blasenbildung gediehen war.

Histologischer Befund: In der Epidermis ein inter- und intrazelluläres Ödem in der Stachelzellenschicht und Stratum basale, so daß die Körnerschicht auf 2—3 Lagen zusammengedrängt ist. Zahlreiche Karyokinesen in den gequollenen Epithelschichten und geringgradige Leukozytenemigration ins Epithel. Nirgends wird im exzidierten Stück das vesikulöse Stadium erreicht. Die oberen Epidermislagen sind bis auf geringgradige Parakeratose normal. Die Randpartien des Herdes zeigen akanthotische Retezapfen, während dieselben im Zentrum eher abgeflacht erscheinen. Der Papillarkörper ist im Bereiche des ganzen Herdes derart von Ödem durchtränkt, daß er seine Färbbarkeit zum großen Teile eingebüßt hat, woraus erhellt, daß die kollagenen Fasern als solche gequollen sind. Von hier aus erstreckt sich das Ödem über das ganze Kutisbereich, doch liegt es in den tieferen Kutislagen mehr zwischen den Kutisbündeln und erfüllt die mit Endothel ausgekleideten Lymphspalten. Das Infiltrat beschränkt sich in den zentralen Partien auf perivaskuläre Herde um die erweiterten Gefäße, deren Endothel gequollen ist und die in ihren venösen Anteilen stellenweise von Leukozyten und Rundzellen vollgepfropft erscheinen. (Weiße Thromben Unnas.) Dieses Infiltrat besteht vorwiegend aus ödematösen Fibroblasten und Rundzellen und befällt im zentralen Anteil des Herdes gleicherweise oberflächliche und tiefe Anteile der Kutis. Ein völlig anderes Bild bieten die Randpartien des Herdes. Ein dichtes Infiltrat erfüllt den Bereich des subpapillären Gefäßnetzes, wohl hauptsächlich um die Gefäße, doch auch den Gefäßbereich überschreitend, in den tieferen Kutislagen auch hier streng perivaskulär und bis ins subkutane Fettgewebe reichend. Die Zellmasse besteht in der Hauptsache aus Zügen von Fibroblasten und epitheloidähnlichen Zellen, die wohl ödematösen Bindegewebszellen entsprechen. Erythrozyten sind extravaskulär nicht zu sehen. Das Infiltrat zeigt in seinen dichtesten Anteilen auffallend nekrobiotische Vorgänge in Form zahlreicher pyknotischer Kerne, so daß stellenweise Detritusmassen der Kerne das Bild beherrschen. Pathogenetisch wichtig ist die Erkrankung der Gefäße, die in einer ödematösen Auflockerung aller Gefäßschichten und Wucherungen der Adventitialzellen besteht. Es sind nicht nur die Papillargefäße, sondern fast noch mehr die Gefäße des tiefen Netzes, ferner die Gefäße, welche die Follikel und Schweißdrüsen umgeben, erweitert. Diese Erweiterung betrifft vor allem die Venen und ist hauptsächlich im zentralen Anteil

Digitized by Google

der Effloreszenz bemerkbar und erklärt wohl den lividroten Farbenton. Die weißen Thromben finden sich sowohl in den zentralen als auch peripheren Anteilen des Herdes. Kokkenembolien konnten im Grampräparat nirgends nachgewiesen werden.

Dem klinischen und histologischen Bilde nach handelt es sich um ein großknotiges Erythema exsudativum multiforme mit fast jährlichen Schüben ein und derselben Erkrankung von verschiedener Intensität. Da der bakteriologische Befund sowohl kulturell als auch in den nach Gram gefärbten Schnitten negativ blieb und kein Anhaltspunkt für eine toxische Genese des Erythems gefunden werden konnte, muß man wohl den Fall in die Gruppe der idiopathischen, polymorphen Erytheme einreihen. Es liegt nun nahe, die eigenartigen und nach der zweimaligen Beobachtung trotz verschiedener Intensität doch ziemlich gleichartigen Rezidive mit ein und derselben Noxe in Zusammenhang zu bringen. Worin diese Noxe besteht, läßt sich natürlich nach obigen negativen Befunden nur mit allergrößter Vorsicht vermuten und ließe sich in erster Linie das Mitralvitium heranziehen, so zwar, daß jährliche endokarditische Schübe die Hauterkrankung hervorrufen, und dürfte dann ein von den Mitralklappen ausgehendes bakterielles Agens oder dessen Toxin die auslösende Ursache sein (Chaddock, Arzt). In zweiter Linie muß man an eine Infektion von den Tonsillen aus denken (Hoffmann, Stone u. a.). Diese Annahme kann insofern nicht von der Hand gewiesen werden, als Patientin anamnestisch Schluckbeschwerden angibt, trotzdem aber auf der Höhe der Erkrankung der Rachenbefund negativ blieb. Nun ist, wie Ehrmann ausdrücklich betont, die Annahme eines solchen Ursprunges nur dann berechtigt, wenn die Rachenaffektion viel früher vorhanden war als das Erythem, denn sonst könnte man einwenden, daß dieselbe nur eine Teilerscheinung des exanthematischen, anderweitig erzeugten Prozesses ist. Da weder Lues noch Tuberkulose festgestellt werden konnte, müssen wohl die beiden genannten Annahmen als mögliche Ursachen der Hauterkrankung betrachtet werden. Daß dieselbe unter dem Bilde einer akuten Infektionskrankheit verlief, dafür spricht außer dem raschen klinischen Ablauf die relative Vermehrung der neutrophilen Leukozyten mit Linksverschiebung, ferner die Lymphopenie und das Fehlen der eosinophilen Zellen trotz ausgedehnter Hautbeteiligung. Die Erörterung eines Punktes erscheint noch notwendig. Bei der Patientin trat im Verlaufe der beidermaligen Rezidive eine leichte Albuminurie auf. Die Wertung dieses Symptoms, das ja de norma zur Klinik der idiopathischen Erytheme gehört, eine Tatsache, auf die Sachs insbesondere hinweist, kann wohl nur dahin gehen, daß wir die Albuminurie und die Hauterscheinungen als durch ein und dieselbe Noxe ausgelöst betrachten, gleichgültig ob sie den Hauterscheinungen koordiniert zu setzen ist oder nur im Verlaufe dieser Erkrankung auftritt. Jedenfalls ist dieses Symptom nach Sachs ein weiterer Beweis für die akut infektiöse Natur der idiopathischen Erytheme.

Die Ansichten über die ätiologische Deutung dieser Krankheitsgruppen gehen wohl noch sehr auseinander. Diejenigen Fälle, die unter dem Bilde der polymorphen Erytheme verlaufen, bei denen aber teils durch Blutkultur (Biberstein und Martin Fischer, Sacquépée u. a.), teils im Schnitt, hier meist als Bakterienembolien (Finger, Janovsky,

Digitized by Google

Werther), der ätiologische Nachweis erbracht wurde, sind wohl unschwer in die Gruppe der sekundären, bakteriell erzeugten Erytheme (Dermatitis pyaemica, Finger, Pyaemide-Merck, Werther) einzureihen. Analog sind die sicher toxisch und autotoxisch erzeugten, den polymorphen Erythemen ähnliche zu bewerten (Ehrmann, Schauta).

Auf die ätiologische Bedeutung der Tuberkulose soll nur insoweit verwiesen werden, als durch Kreibich der diagnostische Wert der Pirquetreaktion besonders in jenen Fällen, die auf der Höhe der Hauterkrankung bei vorher negativem Pirquet denselben positiv anzeigten (Aronson, Koch), stark ins Wanken gebracht wurde.

Der mitgeteilte Fall kann nun in allen seinen Symptomen als weiterer Beitrag für die akut infektiöse Natur der polymorphen idiopathischen Erytheme gewertet werden, gleichgültig ob selbe eine Infektionskrankheit sui generis darstellen, wofür in neuerer Zeit hauptsächlich Comby eintritt, von älteren Autoren Veiel und Jadassohn, oder ob bekannte Infektionserreger (Stone, Sacquépée) oder deren Toxine als Ursache supponiert werden.

Literatur

Aronson, A., Ein Beitrag zur Kasuistik des Erythema nodosum. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 16, S. 417. — Arzt, Erythema exsud. multif. atypicum. Sitzg. d. Wiener Derm. Ges. 9. II. 1922. Ref. Derm. W., Bd. 74, S. 350. — Arzt, Großknotiges Eryth. multif. Sitzg. d. Wiener Derm. Ges. 23. III. 1922. Ref. Derm. W., Bd. 75, S. 758. — Biberstein, H. und Fischer, M., Ein Erythema-nodosum-ähnliches gutartig verlaufendes Pyämid. Arch. f. Derm., Bd. 149, S. 207. — Chaddock, C. G., Primäre Endokarditis mit Erythema nodosum. Ref. Mh. f. pr. Derm., Bd. 15, S. 466. — Comby, J., L'érythème noueux chez les enfants. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 16, S. 417. — Ehrmann, Toxische und infektiöse Erytheme chemischen und mikrobiotischen Ursprungs. Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten. A. Hölder, Wien 1902. — Finger, E., Beitrag zur Ätiologie und patholog. Anatomie des Eryth. multif. u. d. Purpura. Arch. f. Derm., Bd. 25, S. 765. — Hoffmann, Über Beziehungen des Erythema nodosum zu infektiösen Rachenaffektionen und zum Rheumatism. acutus. Mh. f. pr. Derm., Bd. 11, S. 522. — Janovsky, III. internat. Dermatol.-Kongreß, London 1896. — Jadassohn, J., Erythema exsud. multif. und nodosum. Lubarsch und Ostertag, Jahrg. 1897, S. 747. — Koch, H., Erythema nodos. und Tuberkulinreaktion. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 18, S. 167. — Koch, H., Verhalten der Tuberkulinreaktion bei einem Fall von Eryth. nodosum. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 18. S. 196. — Kreibich, Der isomorphe Reizeffekt. W. m. W., 1926, Nr. 30. — Sachs, O., Beziehungen zwischen dem Eryth. exsud. multif. und den Erkrankungen innerer Organe. Arch. f. Derm., Bd. 98, S. 35. — Sacquépée, E., Erythème noueux au cours d'une septicémie a pneumocoques. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 4, S. 28. — Stone, Erythema Nodosum Associated with Streptococcic Faucitis. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 12, S. 269. — Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten, 1894. — Veiel, III. internat. Dermatol.-Kongreß, London 1896.

Aus der Medizinischen Universitätspoliklinik zu Leipzig

Neuere Anschauungen über Haut- und Tiefensensibilität

Von

Priv.-Doz. Dr. W. Schmitt

Unsere heute noch bei der klinischen Untersuchung üblichen schematischen Verfahren erstrecken sich hauptsächlich auf die Prüfung der Berührungsempfindlichkeit und des Drucksinnes, der Tiefen- und Gelenksensibilität, des Gefühles der Temperaturunterschiede und für Schmerz. Die einzelnen Rezeptoren für diese Sinnesqualitäten

Digitized by Google

sind nach der alten MÜLLERschen Lehre streng spezifisch für die einzelnen Sinnesleistungen. So soll, um nur einige Rezeptoren zu nennen, die Berührung durch die MEISSNERschen Tastkörperchen und die Nervengeflechte der Haarscheiden, das Wärmegefühl durch die RUFFINIschen Körperchen, das Kältegefühl durch die KRAUSEschen Endkolben, die Schmerzempfindung durch feinste Nervenendigungen in den Epithelzellen aufgenommen werden. Betreffs der besonders komplizierten Verhältnisse bei der Druck- und Tiefenempfindung sei auf die späteren Ausführungen verwiesen.

Die sinnesphysiologische Forschung, welche in dieser Richtung besonders durch die Namen GOLDSCHEIDER, HEAD, v. FREY und v. WEIZSÄCKER gekennzeichnet ist, hat jedoch erwiesen, daß erstens durch unser gebräuchliches Untersuchungsschema die Sensibilitätsausfälle obiger Art keineswegs vollständig, und zweitens gewisse noch vorhandene, jedoch krankhaft veränderte Sensibilitätsleistungen überhaupt nicht erfaßt werden können. — Eine Spezialwissenschaft für sich, bedient sich die Sinnesphysiologie bei ihren Untersuchungen naturgemäß ungleich exakterer und zeitraubenderer Methoden als diejenigen, auf die die Klinik bis jetzt wenigstens in der Regel angewiesen ist. v. FREY gab Sätze von an Stärke zunehmenden Reizhaaren an, mittels deren es möglich ist, einzelne Drucksinnespunkte der Haut zu erfassen (ein bei der üblichen klinischen Untersuchung wohl nur selten eintretender Fall), ferner besonders hergerichtete Distelstacheln zur Reizung einzelner Schmerzpunkte; dazu kommen noch kupferne Knopfsonden und elektrisch heizbare Platinösen für Temperaturprüfungen und eine reiche, zum Teil komplizierte Apparatur, besonders auch zur Klärung der schwierigen Fragen der Tiefenrezeptoren, des Muskelsinnes, der Gelenksensibilität usw., auf die hier nicht im einzelnen eingegangen werden kann.

Im folgenden seien zuerst die wichtigsten sinnesphysiologischen Gesichtspunkte, soweit sie die üblichen Untersuchungsmethoden und die daraus sich ergebenden Sensibilitätsausfälle betreffen, sodann die Gruppe der erhaltenen, aber krankhaft veränderten („umgestimmten") Sensibilitätsleistungen (Funktionswandel) zusammengestellt. Dabei ergibt sich gleichzeitig eine gewisse nosologische Einordnung derselben, welche das Verständnis der Schlußfolgerungen erleichtern wird.

Prüft man bei einer Sensibilitätsstörung der Haut mit punktförmigen Druckreizen, was am besten mit der von v. FREY ausgearbeiteten Reizhaarmethode geschieht, so können in dem gestörten Hautfelde zwar abnorm rarefizierte, aber normal empfindliche, also normalschwellige Druckpunkte vorhanden sein. Das findet sich bei peripher-neuritischen bzw. traumatischen Nervenläsionen (v. FREY, STEIN, FRANZ), es kommt aber auch nach STEIN bei gewissen spinalen Erkrankungen, nämlich bei Syringomyelie und bei dem BROWN-SÉQUARDschen Syndrom vor, es ist offenbar eine für die Seitenstrang-Hinterhorn-Erkrankung charakteristische Beobachtung.

Finden sich jedoch gar keine normalen Druckpunktschwellen vor, weil sie eben sämtlich erhöht sind, so weist dies auf Erkrankungsformen des spinalen Hinterstranges hin; COHEN wies diese Erscheinung außerdem in Regenerat einer peripheren Nervenläsion nach.

Reizt man nun die gestörten Hautstellen mit flächenförmigen Reizen (wozu HANSEN eine exakte barästhesiometrische Methode ausarbeitete), so zeigt sich sowohl im Falle der Rarefizierung von Druckpunkten als auch bei allgemeiner Erhöhung der Druckpunktschwellen eine Erhöhung der Flächenreizschwelle. v. FREY bezeichnete daher diejenige Flächenreizhypästhesie, die bei bloßer Rarefikation der Druckpunkte auftritt, als „scheinbare Hypästhesie", und es ist hierbei wohl zu beachten, daß die klinisch üblichen groben Methoden selbst bei Prüfung auf „spitz oder stumpf" im physiologischen Sinne fast ausnahmslos bereits „Flächenreize" sind, indem dabei wohl immer — man denke auch an die dabei nicht vermeidliche Tiefendeformation der Haut — mehr als ein Druckpunkt gereizt wird. Ob Rarefikation der Druckpunkte oder allgemeine Reizschwellenerhöhungen derselben vorliegt, wird demnach der üblichen klinischen Untersuchung in der Regel entgehen.

Für den Tiefendruck stehen sich in der Hauptsache drei Theorien gegenüber. v. STRÜMPELL nahm an, daß Berührungs- und Druckempfindung vollständig voneinander zu trennen seien, die Empfänger für die Berührung seien in der Haut, diejenigen für Druck im darunterliegenden Gewebe zu suchen; die Druckrezeptoren liegen nach ihm sonach in der Tiefe. HEADS Lehre besagt, daß ein Drucksinn in der Haut und außerdem im tieferen Gewebe vorhanden ist, eine Anschauung, die sich auch von GOLDSCHEIDER und HOEFER vertreten findet. Letztere Autoren bezeichnen die Berührungsempfindung bereits als eine schwache Druckempfindung. Die dritte Theorie wird haupt-

Digitized by Google

sächlich von der v. Freyschen Schule vertreten, danach werden die bisher dem Tiefendrucksinn zugeschriebenen Wahrnehmungen durch die Hautrezeptoren vermittelt. Cohen betont, daß eine anatomische Trennung oberflächlicher von tiefer Sensibilität schwer möglich ist und daß von den reinen Hautnerven ständig Fasern in die tiefen Gewebspartien abgegeben werden, welche sich Head noch als von Muskelnerven innerviert gedacht hatte. — So ist, um mit v. Weizsäcker zu sprechen, der Tiefendruck ein recht unübersichtlicher und daher wenig brauchbarer Reiz. Zunächst entsteht dabei eine ausgedehnte Deformation der Kutis mit entsprechend weitausgreifender Erregung der Hautrezeptoren. Sodann sind die sog. Tiefendruckrezeptoren in den Muskeln, Sehnen, Aponeurosen, Gelenken, Knochen usw., deren Vorhandensein die Schule v. Weizsäckers neuerdings zuneigt, für gewöhnlich nicht nur in der Praxis, sondern auch mit den exakten sinnesphysiologischen Methoden nicht gut isoliert untersuchbar.

Ganz Ähnliches bezüglich seiner Untersuchbarkeit gilt auch vom Muskelsinn, der in reiner Form überhaupt nur in besonderer Versuchsanordnung bei Spannung des Muskels in der Längsrichtung prüfbar ist.

Bei der Prüfung mit passiven Gelenkbewegungen ergab sich, daß neben der Winkelgröße der Bewegung auch deren Schnelligkeit von Bedeutung für die Wahrnehmung ist. Auch hierbei spielt die Hautsensibilität nach v. Freys Untersuchungen besonders bezüglich der schwellennahen Empfindung eine große, vielleicht sogar die Hauptrolle, und es wird von diesem Forscher darauf hingewiesen, daß auch nach Gelenkentfernungen mit Erhaltenbleiben der Beweglichkeit (Pseudarthrose) dieselbe noch empfunden wird. Dies ist einer der Gründe, die v. Weizsäcker zu der Ansicht veranlaßten, daß der Drucksinn der Haut in seiner Bedeutung besser als „Raumsinn" gekennzeichnet würde.

Geringe Hautreize, die für den Gesunden schon überschwellig sind, werden vom Kranken manchmal erst dann bemerkt, wenn sie auf der Hautfläche fortbewegt werden (sog. „bewegte Reize"). Auch diese Erscheinung ist mit der üblichen klinischen Untersuchungsmethode nicht faßbar, da mehr oder weniger große Bewegungen sich bei ihr nicht vermeiden lassen.

Bei der Schmerz- und Temperaturempfindung ergaben sich die gleichen Beobachtungen bezüglich Rarefikation und Reizschwellenerhöhung sowie „scheinbarer Flächenreizhypästhesie" wie beim Drucksinn (Stein, Cohen). Letzterer Autor fand dabei auch paradoxe Temperaturempfindungen als Zeichen des Funktionswandels.

Den soeben erörterten Funktionsausfällen steht nun eine andere Gruppe von sensiblen Leistungsstörungen gegenüber, bei denen es sich nicht um eine mehr oder weniger partielle Abschwächung oder Aufhebung der Hautempfindung handelt, denn diese kann sogar völlig erhalten sein, sondern bei welchen ein Wandel der an sich erhaltenen Sinnesleistung vorliegt, man spricht bei dieser Gruppe also von einem Funktionswandel der Hautsensibilität. Bei ihm spielt, wie wir sehen werden, die räumliche und zeitliche Komponente der Prüfung, die bisher noch nicht besonders hervortrat (vgl. „bewegte Reize"), eine ausschlaggebende Rolle.

Stein und Cohen stellten fest, daß bei gewissen zentralen Erkrankungen, besonders des spinalen Hinterstranges und der hinteren Zentralwindung, dagegen nicht bei Seitenstrangherden, der durch ein Reizhaar bewirkte Druck-, Schmerz- oder Temperaturreiz, welchen man in einem Rhythmus von etwa einer Sekundenpause auf einer Hautfläche von 2—3 qcm Ausdehnung 10—20 mal wiederholt, allmählich unwirksam wird. Der Zustand dauert auf der geprüften Hautfläche bis zu einer Viertelstunde an. Diese Reizschwellenerhöhung wird in der Sinnesphysiologie als Schwellenlabilität bezeichnet. Es ist nun klar, daß bei der üblichen Prüfung auf Sensibilitätsausfälle, wobei der Untersucher den Ort der Reizung ja fortwährend ändert, diese Funktionsstörung ihm entgeht. Es zeigte sich weiterhin, daß das Phänomen der Schwellenlabilität sich nicht nur mit dem v. Freyschen Reizhaar, sondern auch bei rhythmischer Reizung mit der Fingerkuppe, ja sogar mit dem wiederholten Anschreiben von Zahlen auf ein und dieselbe Hautstelle provozieren läßt. Auf diese Weise wird es verständlich, wie v. Weizsäcker sagt, wenn manche Forscher wie v. Strümpell zu dem nicht zutreffenden Schluß auf eine selbständige und isoliert ausfallende Tiefendrucksensibilität gelangen konnten, da sie zwar die erhaltene Berührungsempfindung feststellten, die Schwellenlabilität ihnen jedoch noch entging. Auch die jedem Untersucher wohlbekannte Unsicherheit und Inkonstanz der Sensibilitätsangaben beispielsweise bei Tabikern dürfte sich wenigstens teilweise durch die im Laufe der Untersuchung sich einstellende Schwellenlabilität, besonders wenn sie hochgradig ist, erklären.

Digitized by Google

Unter dem Einfluß der Schwellenlabilität der Haut steht auch das Vibrationsgefühl, welches durch die Stimmgabel hervorgerufen wird. Ist die genannte Labilität z. B. bei Hinterstrangerkrankung vorhanden, so läßt auch das Vibrationsgefühl vorzeitig nach, indem diejenigen Schwingungsamplitudengrößen, die normalerweise noch empfunden werden, sehr bald nicht mehr zur Rezeption gelangen. Da nun aber das Vibrationsgefühl auch bei peripheren Nervenläsionen abgeschwächt ist, so vermag die Stimmgabelprüfung für sich allein keinen eindeutigen Befund zu geben. Die Vibrationsempfindungsstörung als bekanntes Frühsymptom bei Tabes gewinnt unter Berücksichtigung der Schwellenlabilität sogleich eine tiefere Erklärung. — Es geht schon aus diesen wenigen Worten hervor, daß die neuere Sinnesphysiologie die alte, weit verbreitete Lehre von der Knochen-Periost-Sensibilität für das Vibrationsgefühl immer mehr ablehnt. v. Frey und v. Weizsäcker erklären die Tatsache, daß bei schwerster spinaler Querschnittslähmung der Vibrationssinn als letzte sensible Qualität an den Beinen sich vorfindet, damit, daß der Knochen nur die Rolle eines Schwingungsüberträgers von anästhetischen auf noch empfindlich gebliebene Hautgegenden spiele. Die Stimmgabel weist somit die Fähigkeit des Hautsinnes nach, das Vibrationsgefühl zu empfinden.

Verwandt mit der Schwellenlabilität ist offenbar ein weiteres Phänomen des Funktionswandels, nämlich die sog. Nachdauer eines Reizes und die damit zusammenhängende Verschmelzung mehrerer Sukzessivreize (Stein). Es gibt Kranke, bei denen ein auf einen ersten taktilen folgender zweiter gleichstarker taktiler Reiz schwächer oder gar nicht empfunden wird. Diese Erscheinung wird wesentlich durch die weitere Beobachtung bedingt, daß die Empfindung des ersten Reizes abnorm lang nachdauert. v. Weizsäcker vergleicht diese Umstimmung der Hautempfindung mit dem positiven Nachbild des Gesichtssinns. Man kann sich bei der alltäglichen Untersuchung damit begnügen, zwei aufeinanderfolgende deutlich überschwellige Drucke mit der Fingerbeere auf ein und dieselbe Stelle in einem Intervall von 1—5 Sek. auszuüben. Aber auch beim Kreise-, Kreuze- und Zahlenschreiben auf die Haut machen sich diese Beobachtungen geltend, hier wohl z. T. in das Gebiet der Schwellenlabilität übergreifend; ein anfangs richtig erkannter Kreis z. B. wird allmählich immer schwächer und rudimentärer auf dem Gebiete der Hautstörung empfunden. Es ist verständlich, daß das Nachdauer- und Verschmelzungsphänomen bei den gleichen Erkrankungen vorkommt wie das Labilitätsphänomen, vorzüglich also bei den Erkrankungen des spinalen Hinterstranges.

Ich gelange nunmehr zu den Schlußfolgerungen aus den Ergebnissen der sinnesphysiologischen Forschung.

Die Aufdeckung von Sensibilitätsstörungen eigentümlicher und für den Untersucher oft genug neuartiger Beschaffenheit in Form von Funktionsausfällen oder Funktionswandel scheint berufen zu sein, so manche offenstehende Frage auf dem Gebiet der Sensibilitätsstörungen zu beantworten. Es sei nur an die Diskussion zwischen Erb und Leyden erinnert um die Frage, warum die tabische Ataxie einmal mit, andermal ohne Sensibilitätsstörung der Haut auftritt. Stein weist darauf hin, daß besonders in den Frühstadien der Friedreichschen Ataxie die vorhandene Sensibilitätsstörung nicht festgestellt werden konnte, weil sie im Gebiete des der bisherigen klinischen Untersuchung mehr oder weniger entgangenen Funktionswandels liegt, der aber dank seiner Eigenart (man vergegenwärtige sich z. B. hier noch einmal die Erscheinung der Verschmelzung von Empfindungen infolge Reiznachdauer sowie der Schwellenlabilität) besonders geeignet ist, die subjektive Wahrnehmung von Gliedbewegungen zu stören, woraus Unregelmäßigkeiten in der natürlichen Koordination des Motoriums sich notwendig ergeben. Hier sei auch ein Gedankengang erwähnt, der sich logischerweise aus den gleichermaßen für die Warm-Kalt- und Schmerzempfindung geltenden Phänomen der Schwellenlabilität ergibt und auch bereits von Stein ausgesprochen worden ist, daß nämlich die Hinterstränge, denen bisher die Leitung für die Berührungs- und Tiefenempfindung zugesprochen worden war, auch für die Temperatur- und Schmerzempfindung von gewisser Bedeutung sein könnten.

Eine weitere wesentliche Folgerung, die sich besonders von Frey und Weizsäcker vertreten findet, ist, daß ein sehr wesentlicher Teil der Tiefensensibilität, wie wir schon sahen, als oberflächensensible Leistung anzusehen ist, während Tiefenrezeptoren, z. B. die Knochenperiost- und Muskelsinne, wenigstens für die physiologische Betrachtungsweise entweder ganz oder doch ganz wesentlich zurückzutreten haben.

Die wichtigste Folgerung ist aber zweifellos jene in ihrer äußersten Konsequenz von v. Weizsäcker vertretene Auffassung, daß ein und derselbe Rezeptor Träger

Digitized by Google

verschiedenartiger Sensibilitätsleistungen ist, und daß in pathologischen Fällen der Abbau der Sinnesleistungen für ein und denselben Sinnesrezeptor in verschiedener Weise erfolgen kann, daß mit anderen Worten eine Dissoziation der Empfindungen oder paradoxe Gefühle auftreten können. Diese Anschauung steht in ihrer unitarischen Beschaffenheit in einem strikten Gegensatz zu der eingangs erwähnten Müllerschen Lehre von der spezifischen Leistung der einzelnen Sinnesnerven. Indes erinnert v. Weizsäcker an die Theorie des Farbensehens, wo ähnliche anfangs polemische Gegensätze zu einer Theorie, nämlich der Zonentheorie, vereinigt worden sind. Eins ist klar: alle jenen paradoxen Empfindungsstörungen, die sich so häufig bei organischen Nervenkrankheiten vorfinden, ich meine peinlichen Schmerz bei leichter Berührung, Wärmeempfindung bei Stichen usw., würden durch diese unitarische Auffassung ihre physiologische Erklärung in zwangloser Form finden. Allerdings wird diese Auffassung nicht von allen Forschern geteilt, sie wird z. B. von Frey in dieser Konsequenz abgelehnt.

Ein Wort noch zu den Leistungen zum Erkennen der Umweltverhältnisse, z. B. das Erkennen von Ort, Größe, Form, Richtung, Gewicht eines Reizes, das Tasterkennen von Dingen. Die sinnesphysiologische Prüfung auf Schwellenkonstanz, Sukzessivreize und auf Geschwindigkeitsschwellen passiver Bewegungen scheint durch Störungen dieser relativ noch einfachen Leistungen begreiflich zu machen, daß gerade die zum Tasterkennen von Dingen erforderliche Präzision der einfachsten Eindrücke fehlt. Wie weit hier der psychiatrisch-vorstellungsartige Vorgang als Ursache der Agnosie durch einen elementar-sinnesphysiologischen Vorgang berührt wird, kann hier nur gestreift werden.

Ich gelange zum Schluß. Inwieweit kommen nun diese neueren sinnesphysiologischen Ergebnisse für die klinische Untersuchung am Krankenbett heute schon in Frage? v. Weizsäcker weist ja darauf hin, daß unsere heutige klinische Untersuchungsmethodik der Hautsensibilität leider noch längst nicht heranreicht an die eingeführten sinnesphysiologischen Untersuchungsmethoden in der Ophthalmologie. Trotzdem ist es auch heute noch nicht möglich, mit den z. T. recht komplizierten, auf jeden Fall aber zeitraubenden Methoden der Sinnesphysiologen am Krankenbett zu arbeiten, wohl aber sind wenigstens einige Methoden derselben bereits laufend anwendbar. Dahin gehört die Verwendung der Reizhaarserien, der Distelstachelborste, Kupferknopfsonde und elektrisch heizbaren Platinöse zur Erfassung einzelner Sinnespunkte. Bewegungen der Haut auch in tangentialer Richtung sind bei den Sensibilitätsausfällen zu vermeiden. Die Schwellenlabilität des Drucksinnes usw. sowie die Labilität der Bewegungswahrnehmung bei passiven Gelenkbewegungen, schließlich die Reiznachdauer mit Verschmelzung von Sukzessivreizen können gleichfalls am Krankenbett geübt werden. Hierbei ist zu beachten, daß die Untersuchung auf Funktionswandel am erfolgreichsten an den distalen Partien geschieht, also dort, wo bekanntlich auch die Zeichen der Hinterstrangerkrankung, soweit sie die Hautsensibilität betreffen, am deutlichsten ausgesprochen zu sein pflegen.

Mit der Prüfung auf Funktionswandel würde dem von v. Weizsäcker aufgestellten Postulate Genüge geleistet, daß neben das bisherige Schema der topographischen Sensibilitätsausfälle ein Diagramm der noch erhaltenen, aber noch krankhaft veränderten, „umgestimmten" Sensibilitätsleistungen zu treten habe.

Literatur

Für die hier wiedergegebene kurze Übersicht wurden hauptsächlich die Berichte v. Freys und v. Weizsäckers auf dem 37. Kongreß für Innere Medizin 1925 herangezogen. Von der sehr zahlreichen sonstigen Literatur seien hier nur die folgenden Autoren genannt:

Cohen, D. Zsch. f. Nervenhk., 1926, Bd. 93, S. 245. — Frey, Rein u. Strughold, Zsch. f. Biol., 1925, Bd. 82, S. 359. — Franz, D. Zsch. f. Nervenhk., 1923, Bd. 78, S. 212. — Goldscheider u. Hoefer, Pflügers Arch., Bd. 199, Heft 1 u. 2. — Hansen, Zsch. f. Biol., 1913, Bd. 62. — Head, Brain 1905, Bd. 28. — Stein, D. Zsch. f. Nervenhk., 1923, Bd. 80 und 1926, Bd. 91. — v. Strümpell, D. m. W. 1904, Nr. 39/40. — v. Weizsäcker, Arch. f. d. ges. Phys., 1923, Bd. 201, S. 317.

Digitized by Google

Aus der dermatologischen Abteilung (kosmetische Station) der Charité-Poliklinik in Budapest (Vorstand: Kgl. Rat Dr. JOSEF SELLEI)

Beiträge zur Ätiologie und Behandlung des seborrhoischen Kopfhaarausfalls

Von

Dr. JOSEF SELLEI

Den seborrhoischen Haarausfall muß man von den anderen Effluvien unterscheiden. Viele Autoren halten die Seborrhoe der Kopfhaut für eine entzündliche Veränderung. Ich halte dafür, daß die Seborrhoe im allgemeinen ein Symptomenkomplex ist, der mit einer erhöhten Funktion der Talgdrüsen einhergeht, oft wahrscheinlich auch mit der qualitativen Veränderung des Talgdrüsensekrets verbunden ist. Damit in gleicher Zeit oder etwas später entwickeln sich Keratinisationsstörungen (Hyperkeratose der Follikelmündung bei Akne, Parakeratose bei den Gesichtsseborrhoiden, beim seborrhoischen Ekzem und bei der Pityriasis capitis). Eine große Rolle spielen auch die vorausgehenden und konsekutiven Ernährungsstörungen. Was den entzündlichen Prozeß anlangt, so ist dieser entweder akzidentell oder konsekutiv. Die Seborrhoe hat beim Pathomechanismus die Rolle der Terraindisposition. Eine Neigung zur Entwicklung von Follikelmündungshyperkeratose + Pyogeninfektion findet man bei Akne, eine erhöhte Empfindlichkeit gegen physikalische, chemische, thermische und photodynamische Einflüsse beim seborrhoischen Ekzem. In diesem Sinne sind die seborrhoischen Entzündungen aufzufassen, bei welchen die ubiquitären Mikroorganismen teilnehmen, wie die parasitären seborrhoischen Ekzeme von UNNA und SABOURAUD. In einzelnen Fällen sind nicht alle Symptome des ganzen Komplexes auffindbar, die — einander folgend — oft aufhören, ein andermal wieder waren einzelne Symptome im Prozeß gar nicht vorhanden. Ein früher oder später eintretendes konsekutives Symptom der Seborrhoe der Kopfhaut ist der Haarausfall, der auf den seborrhoischen Symptomenkomplex zurückzuführen ist, nämlich auf die a) Dysfunktion der Talgdrüsen, b) Störung der Keratinisation und c) Ernährungsstörung der Haarpapillen. Aus dem Gesagten folgt, daß gleichzeitig mit dem beginnenden Effluvium die verschiedenen Faktoren des Symptomenkomplexes feststellbar sind. Die Seborrhoe der Kopfhaut ist besonders für das Haar gefährlich, weil sie die Keratinisations- und Ernährungsstörungen des Haares hervorruft. Diese Störung kann auch ohne jedes klinische und histologische Zeichen der Entzündung den Haarausfall veranlassen. Vom klinischen Standpunkt kann diese Feststellung gewisse diagnostische Schwierigkeiten hervorrufen, doch können allfällige Mißverständnisse mittels in entsprechender ätiologischer Richtung geleiteten Untersuchungen vermieden werden, mit denen unser therapeutisches Handeln in Einklang gebracht werden muß.

Digitized by Google

Die Behandlung des sogenannten seborrhoischen Haarausfalles steht in engem Zusammenhang mit der Behandlung der Seborrhoe und ist den ätiologischen Faktoren entsprechend eine äußere und innere. Die iontophoretische Behandlung dieser Haarschädigungen, worüber anderswo schon berichtet wurde (1), muß demzufolge immer mit einer inneren, gegen die Ursache der Seborrhoe gerichteten Behandlung verbunden sein.

Die Ursachen der Seborrhoe können sein:

1. zentrale Ursachen, d. h. chronische Entzündung der zum Ganglion pallidus gehörigen Zellen (Erkrankung des die eigentliche Talgbildung regulierenden vegetativen Zentrums);

2. innersekretorische Störungen (Wirkung der Pubertätsdrüsen bei Akne, Dysfunktion der Ovarien bei Rosazea usw.);

3. asphyxische Zustände [O. STEIN (2)];

4. Wirkungen des allgemeinen Stoffwechsels, dies wird befördert:

a) durch Licht- und Temperatureinwirkungen,

b) durch Lipoide, auch Fett- und Eiweißstoffe und dessen Abbauprodukten. (Dies die Erklärung der Wirkung der Ernährung und des Alkohols auf das Entstehen der Seborrhoe.) Wahrscheinlich treten da auch Qualitätsveränderungen des Talgdrüsensekrets in den Vordergrund.

c) Erkrankungen der Verdauungsorgane (bei Akne, Rosazea);

5. sekundärer Einfluß der Hautkapillaren auf die Funktion der Talgdrüsen (damit stehen im Einklang 4 und 4a); sekundäre Zirkulationsstörungen;

6. der direkte parasitäre Einfluß kann heute als abgetan erklärt werden, wenn auch das Vorhandensein und die indirekte Wirkung verschiedener Mikroorganismen (UNNA, SABOURAUD) bei der Weiterentwicklung der Seborrhoea capitis unbestritten ist.

Gesichtsseborrhoe ist sehr oft mit Kopfhautseborrhoe und konsekutivem Haarausfall verbunden, doch sieht man hin und wieder sehr starke Seborrhoe des Gesichts ohne Seborrhoe der Kopfhaut und ohne Haarausfall. Wie viele Gesichtsseborrhoen mit Akne sind zu sehen, wo dies der Fall ist; in anderen Fällen wieder kann die Gesichtsseborrhoe bei Akne von starkem Schuppen- und Haarausfall begleitet sein. Bei postgrippösem Parkinismus hat STEIN trotz exzessiver Seborrhoe des Gesichts keine Veränderungen der Kopfhaut resp. keinen Haarausfall beobachten können. Dies beweist nur, daß der Haarausfall ausschließlich eine Folge der auf der Kopfhaut und dem Kopfhaar entstandenen Störung der Keratinisation und der erwähnten Veränderungen ist (3).

Alle Mittel, welche die Funktion der Kopfhauttalgdrüsen erhöhen resp. die Dysfunktion dieser Drüsen beseitigen, setzen die normale Keratinisation, die Produktion der für das Haar notwendigen Hornsubstanzen in Bewegung. Das von uns empfohlene therapeutische Verfahren der Iontophorese mit Ammoniak- und mit Chininlösung (4) wirkt infolge der hyperämisierenden Wirkung und damit unbedingt besser als die anderen seit langem verwendeten hautirritierenden Mittel (Ac. salicyl., Resorzin, Kampfer, Schwefel, Teer usw.). Auch läßt sich in ihrer Intensität diese Methode nicht mit der Quarzlichtbehandlung vergleichen. Weiter wird auf diese Weise besonders mittels der Chinin-

Digitized by Google

lösungen die Talgdrüsenfunktion angeregt, wodurch das für die Keratinisation der hornbildenden Substanzen und zur Ernährung des Haares notwendige Cholesterin gebildet wird (5).

Wie ich aber schon in der vorausgegangenen Arbeit betont habe (6), halte ich auch die Iontophorese mit Ammoniak- oder Chininlösungen allein nicht für jeden seborrhoischen Haarausfall verwendbar, besonders in Fällen mit schon sehr trockenem Haar und Kopfhaut muß die immer lange fortgesetzte Methode mit Salbenbehandlung (Schwefel, Sulfoform, Teer usw.) kombiniert werden. Auch direkte cholesterinenthaltende Salben (Euzerin + Ebaga oder Resorbin usw.) und vielleicht Cholesterinlösungen scheinen da (7) günstig einzuwirken. Der Haarausfall und das Schuppen hören auf. Ich habe auch Fälle beobachtet, wo nur dann ein Erfolg erzielt werden konnte, als zuerst längere Zeit hindurch eine solche Behandlung mit Cholesterin (Euzerin) angewendet (8) und nur später zur Iontophorese mit Chininlösungen übergegangen wurde. Versuche mit anderen Mitteln sind im Gang, worüber später berichtet werden soll.

Literatur

1. Sellei und Fenyö, M. Kl., 1924. — 2. Stein, R. O., W. m. W., 1926. — 3. Sellei, Handbuch der Hautkrankheiten, 1923 (ungarisch). — 4. Sellei und Fenyö, Die iontoph. Behandlung des Ausfalls des Kopfhaares. Arch. f. Derm., Bd. 153, S. 603. — 5. Jaffé, Kl. W., 1926, Nr. 12. — 6. Sellei und Fenyö, s. frühere Arbeit (Arch. f. Derm., Bd. 153). — 7. Jaffé, Kl. W., 1926, Nr. 12. — 8. Eliassow, Derm. W., 1926, Nr. 40.

Aus der Dermato-venerologischen Klinik des Kiewer klinischen Instituts zur Ausbildung von Ärzten (Direktor: Prof. A. G. Lurje)

Zur Frage des neurotropen syphilitischen Virus

Von

Dr. E. M. Lewin, wissenschaftlichem Mitarbeiter

Französische Autoren behaupten, daß den Spirochäten bereits vom Beginn der Infektion an eine spezielle biologische Eigenschaft zukommen könne, die Neurotropie. Auch in Deutschland haben sich Plaut und Mulzer, die ja nicht zu derart kategorischen Schlüssen gelangt waren, dennoch in gleichem Sinne ausgesprochen. In Amerika berichteten Jaureguy und Lancelotti, es sei ihnen gelungen, Nervensyphilis bei mit Lues infizierten Lamas zu erhalten, wobei dieser Prozeß nahezu gleichartig mit der progressiven Paralyse beim Menschen sein solle. Bei uns hat Finkelstein mit seinen Versuchen an Kaninchen die Existenz eines isolierten Virus nervosum im Sinne der französischen Autoren wohl nicht nachweisen können, immerhin aber dahin sich ausgesprochen, daß die Frage eines gänzlich isolierten speziellen Nervenvirus noch nicht für erledigt gelten könne. Uns hingegen will scheinen, daß Experimente an Kaninchen die Frage nach der Einheitlichkeit oder Vielheit des Syphilisgiftes überhaupt nicht zu entscheiden vermögen, und daß dieses Problem nur mittels sorgfältiger klinischer Beobachtungen lösbar sei.

Digitized by Google

Auf Veranlassung von Prof. A. Lurje hatte ich alle im Laufe von $2^1/_2$ Jahren in unsere Klinik gelangten 35 Fälle von Lues nervosa vom Dezember 1924 an erforscht.

Die Neurolues manifestierte sich bei den Patienten als Paralysis progressiva, Tabes, Lues cerebri, Lues cerebrospinalis, Meningo-Myelitis luetica, Meningo-Encephalitis specifica, Meningitis Basilaris specifica.

Bei neun von diesen Patienten sahen wir an Haut und Schleimhäuten distinkte Spuren der Syphilis.

Fall 1. Pat. Ch. An der Haut der unteren Extremitäten sowie des Rumpfes bis 15 oberflächliche Ulzerationen mit dicken Borken von brauner bis schwarzer Verfärbung. Unter der Kruste der diphtheritisch belegte Boden des steilrandigen Geschwürs. Pupillen gleich, reagieren auf Licht lebhaft. Die Zunge weicht nach rechts ab. Rechter Arm und rechtes Bein in tiefer Parese. Geringe Rigidität der rechten Extremitäten. Starke Steigerung der Sehnenphänomene dieser Seite. Rechts scharf ausgeprägter Babinski. Sensibilität in der Norm. Lues cerebri.

Fall 2. Pat. K. An der hinteren Rachenwand eine Geschwulst, im Zentrum ein Ulkus. Boden und Ränder unrein; eine schlecht eitrige Flüssigkeit. Pupillen sind mäßig weit, unregelmäßig, träge Lichtreaktion. Die Zunge zittert, weicht seitwärts nicht ab. Kniereflexe gesteigert. Fußklonus beiderseits. Rechts Oppenheim. Abdominalreflexe fehlen rechts; links träge. Sprachstörung. Andeutung von Größenideen. Gedächtnisstörung. Gumma pharyngis. Paralysis progressiva.

Fall 3. Pat. W. An Rücken und Extremitäten eine Anzahl von Narben. Ungleichheit der Pupillen; reflektorische Pupillenträgheit. Kopfschmerz. Abweichen der Zunge nach rechts. Bewegungslosigkeit des rechten Armes und Beines. Rechts Steigerung der Sehnenreflexe und markanter Babinski. Geringe Rigidität der Extremitäten rechts. Lues cerebri.

Fall 4. Pat. D. An Armen und Rumpf mit Borken bedeckte Knötchen, im Zentrum Zerfall. Anisokorie. Schwäche der M. recti interni et externi und des rechten Fazialis. Abschwächung des Kornealreflexes rechts. Abweichen der Zunge nach rechts. Steigerung der Sehnenphänomene. Liquor: Nonne-Apelt ++; Pandy ++; Pleozytose 41; WR im Liquor ++++. Meningitis basilaris specifica.

Fall 5. Pat. L. Am rechten Schenkel scharf abgegrenzte Geschwüre mit speckigem Grunde ebenso an der Brust. Die rechte Pupille weiter, Lichtreaktion rechts schwächer als links. Die Zunge weicht nach rechts ab. Im rechten Arme und Beine fehlen jedwede Bewegungen. Knie- und Sehnenreflexe rechts gesteigert. Rechts Babinski. Behinderung im Auffinden der Worte. Lues cerebri.

Fall 6. Pat. T. An den Unterschenkeln unregelmäßige weiße Narben. Verwirrtes Denken. Konzentriert sich mit Mühe. Linke Pupille weiter, Lichtreaktion träge. Rechte Nasolabialfurche verstrichen. Die Zunge weicht nach links ab. In der Gegend des 10., 11. und 12. Brustwirbels sowie des 1. Lendenwirbels, beim Beklopfen Schmerzempfindlichkeit; in der diesen Neuromeren entsprechenden Region Schmerzhyperästhesie. Sehnenphänomene stark gesteigert. WR im Blute +++. Lues cerebrospinalis.

Fall 7. Pat. S. Kubitalen und Leistendrüsen hart, schmerzlos. Am Halse weiße, scharf umschriebene Flecke. Pupillen ungleich von träger Lichtreaktion. Patellarreflexe sehr herabgesetzt. Lanzinierende Schmerzen. Rombergsches Symptom. Koordinationsstörungen der Muskelkontraktionen bei willkürlichen Bewegungen der Beine, wobei der Gang der Pat. dermaßen behindert ist, daß sie nur dann gehen kann, wenn sie auf ihre Beine schaut. Obstipation; Ausleerung alle drei Tage. Liquor: Drucksteigerung, Nonne-Apelt ausgeprägt +; Pleozytose 21; WR im Blute ++++. Tabes dorsalis.

Fall 8. Pat. Ju. Am linken Oberarm ein eröffneter Knoten von Handflächengröße. Pupillen gleich, Lichtreaktion träge. Sehnenphänomene markant gesteigert. Clonus pedis beiderseits. Sprachstörung. Herabsetzung des Gedächtnisses. Schwankt ein wenig beim Gehen. Kurzdauernde Schwindelanfälle, Kopfschmerz und Übelkeit. WR im Blute ++++. Meningo-Encephalitis specifica.

Fall 9. Pat. I. An linken Unterschenkel und Fuß ulzerierte Infiltrate. Anisokorie. Träge Lichtreaktion. Assymetrie der unteren Fazialis (rechte Nasolabialfalte verstrichen). Zittern der Zunge. Leichte Dysarthrie. Steigerung der Sehnenreflexe.

Digitized by Google

Leichter Romberg. Gedächnisabnahme. Pat. ist zeitlich und örtlich desorientiert. Verfolgungsideen. Liquor: hoher Druck. Nonne-Apelt ++++; Pleozytose 47 in 1 cmm; WR im Blute ++++. Paralysis progressiva.

Aus vorstehenden Krankengeschichten ist ersichtlich, daß in 26% unserer Fälle (9 Kranke von 35) gleichzeitig bestanden: Läsionen des Zentralnervensystems und manifeste Erscheinungen der gumösen Syphilis an Haut und Schleimhäuten. Wohl haben wir nicht in allen Fällen die zerebrospinale Punktion vornehmen können, indessen war die Diagnose immer ganz offensichtlich. Es wurde dieselbe ja auch durch die Therapie bestätigt. Haben wir doch Mißerfolg nur in Fällen von progressiver Paralyse zu verzeichnen gehabt, während wir in den sonstigen Fällen entweder totale bzw. fast völlige Genesung oder mehr oder weniger ausgesprochene Besserung sahen.

Durch eine solche Kombination von luetischen Hauterscheinungen und syphilitischen Schädigungen des Zentralnervensystems wird die Lehre vom Virus nervosum sehr in Mißkredit gebracht und erheben sich nun ganz von selbst andere Deutungen als die Annahme einer neurotropen Varität der syphilistischen Spirochäte.

Jedem erfahrenen Syphilidologen ist zur Genüge bekannt, wie verschiedenartig die klinischen Manifestationen der Syphilis sein können angesichts der individuellen Eigentümlichkeiten des Krankheitsverlaufs bei den einzelnen Menschen. Eine Erklärung der Diversität der Luesmanifestationen bei verschiedenen Personen sollten wir nicht im besonderen Charakter der Infektion der einzelnen Fälle, sondern in der Eigenartigkeit der infizierten Organismen suchen.

Wissenschaftlich durchaus gestützt erscheint die Annahme, daß Träger der Erbeigenschaften — die männlichen und weiblichen Geschlechtszellen mit den in sie eingesenkten Keimkörpern — die Genen sind. Letztere sind, ihrem Wesen nach, grundlegend und unabänderlich, und bedingen sie die Existenz oder Nichtexistenz manifester oder latenter Anzeichen positiven oder negativen Charakters. Außerdem sind viele Beweise dafür vorhanden, daß der Nachkömmling nicht nur das Produkt seiner unmittelbaren Aszendenten, seiner Eltern, ist, sondern zugleich das Produkt eines gewissen Mehr, da sich in ihm noch der Einfluß einer ganzen Reihe vorhergehender Generationen kundgibt. Wohl verfolgt schon an sich der Prozeß des Ausreifens der Geschlechtszellen mit der Chrosomenreduktion, — mit jeder Vervielfältigung den Zweck einer Beseitigung einiger Stigmata und der Vermannigfaltigung der der Deszendenz zu übertragen den Anzeichen. Damit ist die Garantie gegeben, daß jedes einzelne Kind, abgesehen von der Ähnlichkeit mit seinen Eltern, noch gewisse, wenn auch geringe, eigene, individuelle Besonderheiten aufweist. Wenn wir aber an der Vererbung der Stigmata von Eltern zu Kindern reden, so sind wir uns dessen wohl bewußt, daß verschiedenartige äußere Agentien und ungünstige Verhältnisse (Alkoholismus, Tuberkulose, schädigende professionelle Einwirkungen, sowie diverse exo- und endogene Intoxikationen), welche die Eltern beeinflussen, deren Geschlechtszellen schwächen und bei der Deszendenz physische Debilität und Disposition zu Erkrankungen, auch Störungen auf dem Gebiet des intelektuellen Lebens erzeugen. Mag man nun letzten Endes auch noch so gesund in physischer und psy-

Digitized by Google

chischer Beziehung gezeugt worden sein, es wirkt doch gewiß die Umwelt auf die psycho-physische Wesenheit des Menschen, selbst wenn dieser ein Höchstmaß positiver Zeichen von seinen Eltern mitgenommen hat. Ist dann das Niveau der äußeren Verhältnisse ein niedriges, so wird auch ein gut gezeugtes Individuum keine hohe Entwicklungsstufe je erreichen können. Demgegenüber lassen sich wiederum unter noch so guten äußeren Existenzbedingungen gänzlich untaugliche Elemente nicht umändern.

Von diesem Gesichtspunkt aus, nämlich im Lichte des Abhängigkeitsverhältnisses des menschlichen Organismus von biologischen und soziologischen Faktoren betrachtet, müssen als Grundlage der Mannigfaltigkeit der klinischen Manifestationen der Syphilis beim Einzelindividuum, die verschiedenartige Gesamtkonstitution des Organismus und das damit verknüpfte verschiedene Reaktionsvermögen der Gewebe sowie die konstitutionellen Besonderheiten der einzelnen Organe gelten. Nur eine solche Anschauungsweise läßt die von Nonne, Oppenheim und anderen beobachtete Entwicklung von Paralysis progressiva in gut behandelten Luesfällen vollauf erklären, während doch sonst mangelhafte und falsche Kuren frischer Syphilis, besonders mit Salvarsan, äußerst schädigend und für die zukünftige Ausbildung von Neurolues maßgebend sind.

Betreffs unserer Fälle von Neurolues, die in die Klinik von Prof. Lubje gelangten, konnten wir uns überzeugen, daß die Patienten sich ungenügend bzw. fast gar nicht und in einigen Fällen sogar absolut nicht hatten behandeln lassen. Somit gewinnt, hinsichtlich der Pathogenese der Neurolues, die mangelhafte oder gänzlich fehlende spezifische Therapie der Krankheit die Bedeutung eines Faktors von eminenter Tragweite. Wir betonen besonders diese Schlußfolgerung um deswillen, weil dieselbe auch den experimentellen Befunden völlig entspricht. Wie anfangs erwähnt worden ist, sind Plaut und Mulzer zu keinen kategorischen Schlüssen betreffend die totale Abgesondertheit oder Isoliertheit des Nervenvirus gelangt. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, daß gerade diese Forscher, unter der Kontrolle der Liquorprüfung arbeitend, nachgewiesen haben, daß das Kolle-Virus infolge ungenügender Salvarsanbehandlung neurotrop und mehr virulent wird, und haben sie mithin die Möglichkeit einer Perversion des dermotropen Virus nach der Seite der Neurotropie unter dem Einfluß mangelhafter Behandlung bewiesen. Diese experimentellen Ergebnisse entsprechen durchaus unseren klinischen Beobachtungen.

Somit kommen wir auf Grund eigener Befunde, sowie analoger Beobachtungen anderer Autoren (Virchow, Erb, Motschutkowsky, Dubois, Moutot, Dorléans, Galezowsky, Kyrle, Meschtschersky, Feldmann, Fournier, Parot, Simon, Adrian u. a.) zur Schlußfolgerung, daß kein genügender Anlaß zur Annahme einer speziellen neurotropen Varietät der syphilitischen Spirochäte vorhanden ist.

Literatur

Plaut u. Mulzer, M. m. W., 1922, Nr. 14 u. 52; 1925, Nr. 27 u. 38; 1924, Nr. 1.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 4

Über lymphatische Gewebsreaktionen an Niere und Harnwegen und ihre Beziehungen zu lokalen Entzündungsprozessen, von M. Jacoby, Path. Inst. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. S. 241.

Über die experimentelle Erzeugung lymphatischer Reaktionen an Niere und Nierenbecken und ihre Beziehungen zu lokalen Entzündungsprozessen, von H. Lewin, Path. Inst. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. S. 261.

Verätzung der männlichen Harnröhre durch Chlorzink, von H. Mühlpfordt-Allenstein. S. 268. 50%ige Chlorzinklösung in die Harnröhre eines Tripperkranken. Gonokokken waren verschwunden, Schwellung des Penis, mächtiges Ödem des Vorhautsackes die Folge. Endoskopie: In der ganzen Länge der vorderen Harnröhre reichlich derbes weißliches Narbengewebe.

Die konstitutionellen Faktoren und der Verlauf der gonorrhoischen Entzündungen der Geschlechtsdrüsen, von J. Schischow und J. Saksin-Moskau. S. 269. Der Verf. kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: Der Verlauf der chronischen mit Komplikationen einhergehenden Tripperfälle hängt von den biologischen Eigenschaften des Organismus ab. Der langwierige Verlauf von Prostatitiden, Vesikulitiden und Hodenentzündungen eine Folge von Obstipation, Hämorrhoiden, Varikozele usw. Der zerebrale Typus liefert die größte Zahl der Tripper-Hypochondrien und der auf dem Boden der chronischen Blennorrhoe entstandenen sexuellen Neurasthenien. Bei der Behandlung müssen die konstitutionellen Eigentümlichkeiten in Betracht gezogen werden.

Beitrag zur Vermeidung von Klippen der urologischen Röntgendiagnostik, von A. Schüppel, Chir. Abt. städt. Krkhs. Altona. S. 274. Aus dem hier mitgeteilten Fall ist zu ersehen, daß jeder Kontrastaufnahme des uropoetischen Systems prinzipiell eine Aufnahme ohne schattengebende Kontrastmittel eventuell mit Luftfüllung der betreffenden Hohlräume voraufgehen sollte, um vor irrigen Schlüssen bewahrt zu bleiben. Eine restlose Entleerung des Darmkanals ist eine selbstverständliche Forderung. Trotz zystoskopischer Untersuchung und Röntgen sind Steine im Ureterkanal nicht festgestellt, und erst bei der Operation als die Ursache erkannt worden.

Über den Uretersteinnachweis nach Ziegler, von S. Perlmann, Berl. urol. Ges., 30. XI. 1926. S. 282. Die untersten Abschnitte des Harnleiters werden bei Füllung der Blase auseinandergedrängt und nach oben und seitlich verschoben. Verf. macht eine Doppelaufnahme der leeren und gefüllten Blase bei ruhigem Verhalten des Patienten auf derselben Platte und erhält dadurch regelmäßig eine Verschiebung des Uretersteinschattens und eine doppelte Kontur, während andere schattengebende Gebilde außerhalb des Ureters nur einen einfachen Schatten erzeugen.

Grundsätze der Gonorrhoebehandlung, von L. Balog-Berlin, Berl. urol. Ges., 30. XI. 1926. S. 286. Die Arbeiten über die Blennorrhoe berücksichtigen weder die Anatomie, noch Physiologie und Bakteriologie. Die Unterlassung der Gramfärbung ist ein Kunstfehler. Die Gonokokkeninfektion findet erst statt, wenn die Gonokokken durch die Friktion oder bei der Flächenausbreitung in eine Drüse gelangen. Durch die zweit- und drittrangigen Falten in der Wandung der Harnröhre wird das Sekret bzw. die Bakterien durch die Kapillarität schnell ausgebreitet. Wegen der massenhaften Fältchen, Vertiefungen und Drüseneinmündungen, die dem Gonokokkus den Eintritt verwehren, ist es auch unmöglich, durch Stäbchen die Infektion zu bekämpfen. Das Wesen der Blennorrhoe ist die Erkrankung der Drüsen. Durch die Kapillarität gelangen die Gonokokken in die Drüsenausgänge der Prostata und Samenblase. Spülungen und Ausspritzungen in die vordere Harnröhre beeinflussen die Krankheit der Adnexe nicht, denn die Gonokokken bleiben doch in der Drüse. Es muß festgestellt werden, wo die Reten-

Digitized by Google

tionsherde der Gonokokken sich befinden. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß die Gonokokken nach einigen Tagen in die tieferen Schichten gelangen. Die Hartnäckigkeit ist dadurch bedingt, daß die Gonokokken rasch in die Drüsen gelangen, ehe es gelingt, die Bakterien auf der Oberfläche zu vernichten. Ein direktes Eindringen der Lösung in die Drüsen ist unmöglich.

Harnleiterrückfluß und Blasendivertikel, von J. Bitschai-Berlin. S. 294. Der Rückfluß beim Blasendivertikel wird bedingt durch Erhöhung des intravesikalen Druckes durch mangelhafte Kontraktion der Blasen- und Divertikelmuskulatur, durch Beeinträchtigung der Ureterperistaltik, durch Infektion und durch die Beschaffenheit der Harnleitermündung selbst. Jeder dauernde Harnleiterrückfluß wird durch die infektiösen Reflexwellen zu einer Stauung im Ureter und Infektion oder Infiltration seiner Wand führen, unter Beeinträchtigung oder Ausschaltung seiner normalen Funktion. Es ist notwendig bei der Zystographie die Blase langsam zu füllen. Wenn das Ureterostium nahe am Divertikeleingang liegt, ist die Lappenoperation von Young die beste Methode, weil sie die natürlichsten Verhältnisse schafft.

Präputialsteine ohne Phimose, von A. Heymann-Düsseldorf. S. 305. Bei einem indolenten und unsauberen Patienten, der nie seine Vorhaut zurückgezogen hat, um die Eichel zu reinigen, fand der Verf. zwischen Vorhaut und Eichel etwa 24 Stück Präputialsteine, die aus Bakterien, Epithel, Detritus und harnsaurem Kalk bestanden.

1927, Bd. 21, H. 5

Die arzneilose Behandlung der Pyelitis unter Berücksichtigung der Nierenfunktion, von H. Simon, I. med. Abt. allg. Krkhs. Hamburg-Barmbeck. S. 321.

Beitrag zur Operation der Phimose, von E. Haim-Budweis. S. 331. Zirkulärschnitt am Rande der Präputialöffnung. Das äußere Blatt läßt sich dann zurückziehen, das innere Blatt wird durch mehrere radiäre seichte Einschnitte gespalten und mit dem äußeren Blatte vernäht. Dadurch wird die ganze Vorhaut erhalten, welche nach wie vor die Eichel bedeckt.

Pyelographie bei urologischen Erkrankungen, von G. Garry und A. Druckmann-Jerusalem. S. 333.

Zyste einer überzähligen Niere, von G. F. Kuksinskaja, Urol. Univ.-Kl. Smolensk. S. 342.

Die Wirkung des Urotropins auf die postoperative und postpartale Harnverhaltung, von A. Matusovszky-Budapest. S. 347. Aus den Versuchen ergibt sich, daß die intravenöse Einspritzung von Urotropin zwecks Bekämpfung der postoperativen und postpartalen Harnverhaltung genügend gute Erfolge zeitigte, wenn auch hin und wieder zum Katheter gegriffen werden mußte, ein Beweis, daß auch andere Ursachen vorhanden sind, die durch Urotropin nicht beseitigt werden können, wie z. B. Blasenlähmung. Es muß jedenfalls prophylaktisch Urotropin gegeben werden, das eventuell auch peroral gereicht werden kann.

Strikturierende Tuberkulose der weiblichen Harnröhre unter dem klinischen Bilde eines urethralen Polypen, von O. Wiedhopf, Chir. Univ.-Kl. Marburg a. d. Lahn. S. 352. Bei der Operation eines Harnröhrenpolypen, der Harnverhaltungen veranlaßt hatte, stellte die histologische Untersuchung des Präparats eine Tuberkulose der Blase und der dadurch infizierten Harnröhre fest, wodurch eine Striktur entstand. Strikturierende Harnröhrentuberkulose bei Frauen ist bis jetzt wenig beschrieben worden.

Zur Frage der Nomenklatur und Rechtschreibung in der Urologie, von R. Paschkis-Wien. S. 355. Wie notwendig eine einheitliche Nomenklatur und Rechtschreibung in der Urologie ist, beweist der Verf. an verschiedenen Beispielen. Er fordert alle Fachgenossen auf, sich an diesem Arbeitsgebiet zu beteiligen.

Demonstration eines seltenen zystoskopisch aus der Blase entfernten Fremdkörpers, von O. A. Schwarz-Berlin, Berl. urol. Ges., 11. I. 1927. S. 359. Verf. diagnostizierte in der Blase eines jungen Mädchens eine Zigarettenspitze. Entfernung gelang dadurch, daß er ein Kinderzystoskop von etwa 12 Charr. und daneben eine lange dünne Kornzange einführte, mit der es ihm gelang, den Fremdkörper zu fassen.

Zur röntgenologischen Darstellung des Harnblasendivertikels, von E. Picard. Berl. urol. Ges., 11. I. 1927. S. 360.

Resektion bei Prostatahypertrophie mittels Resektoskop, von M. Stein, Berl. urol. Ges., 11. I. 1927. S. 362.

Neuerungen in der amerikanischen Urologie, gesammelt während einer Studienreise, von E. Joseph, Berl. urol. Ges. 11. I. 1927. S. 372. Zunächst die bereits

Digitized by Google

von anderer Seite erwähnte Abänderung der Bottinischen Operation unter Leitung des Auges, die aber nach Ansicht deutscher Fachärzte nur bei solchen Patienten anzuwenden ist, bei denen eine radikale Heilung auf Grund des Allgemeinzustandes unmöglich ist und nur ein Katheterleben durchführbar wäre. Ferner Entfernung von Uretersteinen ohne Operation. Nach Anästhesierung der Blase und des Ureters gelingt es, einen Dauerkatheter in den Ureter einzuführen, der 24 Stunden liegen bleibt und dann einen zweiten Katheter einzuführen, wodurch der Stein in die Blase gebracht und eventuell durch die Harnröhre durchgeführt wird. Auch mit tunnelierten Metalloliven, durch welche Öl eingespritzt wird, kann man den Ureter erweitern. Auch der Nachweis einer pathologischen Veränderung der Samenblasen in Gestalt von ampullären Abszessen, wodurch es gelingt, auf operativem Wege diese Abszesse zu entfernen, war eine in Deutschland bisher nicht gemachte Diagnosenstellung. Der Verf. zeigt einen neuen Radiumträger, der in eine Blasengeschwulst eingespießt wird.

1927, Bd. 21, H. 6

Zur Phalloplastik, von E. Haim-Budweis. S. 401. Bei einem Patienten, dem bei einem Unfall das ganze Genitale seiner Haut beraubt wurde, wurde an der Innenseite des linken Oberschenkels durch zwei parallele Schnitte ein Brückenlappen mobilisiert und der Penis wie in eine Manschette hineingesteckt und an den Rändern mit demselben vernäht. Es erfolgte vollständige Heilung.

Über einen adenomatösen Polypen der hinteren Harnröhre nicht entzündlicher Ursache, von T. Verriotis und A. Defrise, Urol. Inst. Mailand. S. 403. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um einen adenomatösen Polypen oder um ein Papillom der hinteren Harnröhre handelte; nach Sitz desselben und nach der Gewebsstruktur muß diese Neubildung durch einen Epithelkeim hervorgerufen sein, der sich vorzeitig von den Frühformen der Drüsen des Utriculus prostaticus löste.

Über hämatogene Tuberkulose des Penis und über die Arteriitis tuberculosa, von T. Yokohata-Japan. S. 409. Die Fälle von Penistuberkulose gruppieren sich morphologisch nach dem Sitze und dem vorwiegenden Ausbreitungsgebiete des tuberkulösen Prozesses. Man unterscheidet eine oberflächliche, ulzeröse Form, eine Urethritis tuberculosa, eine Periurethritis tub., chronische, tiefe hyperplastische Form. Was die Infektion anlangt, gibt es eine exogene, endogene, lymphogene, hämatogene Ätiologie. Solch letztere Infektion beschreibt der Verf., wo in mehreren Gefäßen das Granulationsgewebe gut umschriebene Tuberkel bildete, die alle Schichten und auch das Lumen einnehmen, so daß unter Zerstörung der Gefäßwand Intima-media-Tuberkel entstanden sind.

Die Sichtbarkeit des Colliculus seminalis im Zystoskop und ihre klinische Deutung, von N. Moro, Chir. Kl. Graz. S. 424. Der Kollikulus im Zystoskop ist immer sichtbar bei nervösen Schädigungen des Sphincter internus: daher die praktische Bedeutung bei Rückenmarkstraumen und bei nachfolgenden Schädigungen des Blasenverschlußapparates. Auch bei Übererregbarkeit bzw. Ermüdung des Sphincter internus kann der Colliculus seminalis sichtbar sein, insbesondere im Frühstadium zentraler Erkrankungen.

Über ein ungewöhnlich großes Blasendivertikel, von L. Kaufer, Path. Inst. Krkhs. Moabit-Berlin. S. 430. Das beschriebene Divertikel ist bisher das größte der in der Literatur mitgeteilten Fälle. Es handelt sich gleichzeitig um eine starke Prostatathypertrophie, Balkenblase, so daß das Divertikel durch Ausstülpung infolge des durch die Prostatahypertrophie vermehrten Innendruckes in der Harnblase entstanden ist.

Über den therapeutischen Wert intravenöser Glykoseinjektionen bei gonorrhoischen Prozessen, von J. Minder, Urol. Univ.-Kl. Budapest. S. 436. Bei möglichst frühzeitiger Behandlung mit intravenösen Traubenzuckerinjektionen und durch pünktliche, gewissenhafte Durchführung kann man gute Erfolge erzielen; diese Injektionen sind kein sicheres Heilmittel, sondern nur ein Hilfsmittel, das den Verlauf erleichtert und beschleunigt.

Über Kalksteinbildungen in der Niere nach Wirbelsäulenbruch und Rückenmarkslähmung, von E. Simon-Danzig. S. 444.

Spontanruptur der Blase, von J. Bitschai. S. 461.

Über die Bedeutung der Inkrete für den Wasserhaushalt, von F. Boenheim-Berlin. S. 464.

Die Bedeutung der Skoliose für die Nierenpathologie, von Mosenthal. S. 470.

Digitized by Google

1927, Bd. 21, H. 7

Transitorische Azotämie bei Nieren- bzw. Harnleitersteinkolik, von A. Fryszman-Warschau. S. 481.

Beiträge zur Diagnostik und pathologischen Anatomie der Nieren- und Harnleitermißbildungen, von Z. Kairis-Berlin. S. 484.

Aus dem Grenzgebiet von Urologie, Gynäkologie und Geburtshilfe, von W. A. Gorasch. S. 506.

Über Divertikel des Harnleiters, von J. Gottlieb-Moskau. S. 524.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Journal d'Urologie

1927, Bd. 23, Nr. 3

Quelques grands principes directeurs du diagnostic et de la thérapeutique urologiques (Einige wichtige Leitsätze für die urologische Diagnose und Therapie), von M. Marion. S. 193. Bei der Diagnose einer urologischen Affektion muß man mehr auf die psychischen Symptome (Pyurie, Hämaturie usw.), wenn deren bestehen, achten als auf funktionelle Störungen. Stößt beim Katheterismus das Instrument in der Gegend des Bulbus auf einen Widerstand, so darf man nie eine Sonde geringeren Kalibers benutzen, sondern muß zum Béniqué greifen. Blutet ein Prostatiker, so schiebe man die Blutung erst dann auf die Prostatahypertrophie, wenn andere Ursachen durch gründliche Untersuchung ausgeschlossen worden sind. Kann ein Prostatiker urinieren, hat aber eine chronisch überdehnte Blase, so soll man ihn wegen der Infektionsgefahr nicht kathetern, sondern zystostomieren, nachdem man sich vergewissert hat, daß das Leiden nicht etwa auf einer Striktur beruht. Jede — besonders rezidivierende — Zystitis, die auf die übliche Behandlung nicht reagiert, ist auf Tukerkulose verdächtig. Ist keine Blennorrhoe im Spiele, so erfordert sie, vor allem wenn sie hartnäckig ist, eine Zystoskopie. Vor jeder Ureterenkatheterung muß die Blase gründlich untersucht sein. Jede renale, nicht auf einer Tuberkulose beruhende Pyurie macht eine Radiographie notwendig. Macht man eine solche wegen Steines oder Steinverdachtes, so muß das ganze Harnsystem aufgenommen werden. Vakzinen sind oft die Zuflucht unkundiger Ärzte. Sie dürfen nur angewandt werden, wenn sie absolut indiziert sind oder wenn man nicht in anderer, wirksamerer Form vorgehen kann.

Quelques considérations nouvelles sur le gonocoque latent (Einige neue Betrachtungen über den latenten Gonokokkus), von Durupt und Noguès. S. 202. Wie auch andere Bakterien (Bacterium coli, Diphtheriebazillen usw.) können auch Gonokokken avirulent werden und die davon Befallenen zu Trägern machen. Empfehlung der Spermakultur.

Chirurgie du muscle vésical (Chirurgie des Blasenmuskels), von Richer-Lyon. S. 210.

Nouveau traitement d'épreuve de la blennorragie (Neue Heilungsproben der Blenorrhoe), von V. Marselos-Athen. S. 237. Der Verf. empfiehlt als sicherste Provokationsmethoden: 1. Morgens intrakutane Injektion von 1 ccm Eigenblut aus der Vene in 2 Quaddeln. 2. 10—12 Stunden danach Diathermie für 25—30 Minuten bei möglichst hoher Temperatur (45—46°). 3. Koitus und Alkoholgenuß. 4. Am folgenden Tag Diathermie. 5. Am 3. Tag Injektion und Diathermie. 6. Am 4. Tag Diathermie. 7. Am 5 Tag Injektion und Diathermie. 8. Am Morgen des 6. Tages vor dem Urinlassen Massage der Prostata, der Samenblasen und der Cowperschen Drüsen. 9. Prüfung des Urines und Ausflusses mittels Gramfärbung des Sediments und des Spermas.

1927, Bd. 23, Nr. 4

A propos des urètres doubles, en particulier de leurs variétés postérieures (Über doppelte Harnröhren, besonders ihre hinteren Varietäten), von E. Chauvin Urol. Kl. Marseille. S. 289. Die Formmöglichkeiten der Harnröhrenverdopplung sind unbegrenzt. Der Verf. unterscheidet als hauptsächlich vorkommend: 1. doppelte Urethren von der Blase bis zu einer irgendwo außen gelegenen Mündung; 2. juxta- urethrale Blindgänge, die teils nach der Haut zu endigen, teils parurethrale Gänge ohne Kommunikation mit der Urethra darstellen; 3. Bifurkationen der Urethra, bei denen es sich um vordere oder hintere Varietäten handeln kann, je nachdem der gemeinsame Schenkel der Y-Bildung vorn oder hinten liegt.

Des suppurations locales dans l'hypertrophie de la prostate (Die lokalen Eiterungen bei der Prostatahypertrophie), von C. Maltese-Le Roy, S. 311. Die lokalen

Digitized by Google

Eiterungen der Prostata bei deren Hypertrophie sind sehr wichtig und häufig. Sie entgehen vielfach den Chirurgen. 34 Krankengeschichten bilden das klinische Material dieses ersten Teils der Arbeit des Verf.

La pneumopyélographie, von J. G. Gottlieb und F. J. Strokoff, Urol. Univ.-Kl. Moskau. S. 328. Die Verff. haben an 75 Fällen die Pneumopyelographie, bisweilen in Verbindung mit der Pneumorenographie ausgeführt. Sie verwandten teils Sauerstoff, teils gewöhnliche Luft zur Füllung, die sie mittels Rekordspritze bewerkstelligten. Sie loben das Verfahren, das folgende Vorteile habe: 1. Fehlen jeglicher Reizung, selbst bei Hydronephrosen; 5. Sichtbarwerden selbst von Steinen, die sonst keinen Schatten geben; 3. die Möglichkeit, mit einer Aufnahme an Stelle von zweien auszukommen; 4. die technische Einfachheit der unschädlichen Methode.

Rapport sur l'état de santé d'une malade à qui fut pratiquée vingt ans auparavant l'ablation d'un rein tuberculeux (Bericht über den Gesundheitszustand einer Patientin 20 Jahre nach Entfernung einer tuberkulösen Niere), von A. Takahashi Derm. Univ.-Kl. Niigata. S. 347. Bei gründlicher Untersuchung einer Kranken, der wegen einseitiger Nierentuberkulose 20 Jahre zuvor eine Niere exstirpiert worden war, zeigten sich bei allgemeinem Wohlbefinden und völliger Arbeitsfähigkeit im Urin ziemlich normale Verhältnisse. Die Patientin, die vor der Operation bereits 4 Kinder gehabt hatte, gebar nachher noch deren 6.

Contribution au diagnostic précoce du cancer pédiculé villeux de la vessie (Beitrag zur Frühdiagnose des gestielten zottigen Blasenkrebses, von A. Takahashi, Derm. Univ.-Kl. Niigata. S. 348. Bei einer 60jähr. Pat. zeigte die Zystoskopie in der Umgebung eines typisch wie ein kleines Papillom aussehenden zottigen, gestielten, kleinen Tumors in dessen Umgebung ein geringes bullöses Ödem. Die daraufhin vorgenommene Exstirpation mittels Sectio alta bestätigte die Diagnose Karzinom. Man muß also immer sorgfältig auf solche verdächtigen Ödembildungen auch bei anscheinend ganz gutartigen Tumoren achten.

E. Sklarz-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 22, Nr. 5

Les rapports du tabès et de la paralysie générale (Die Beziehungen zwischen Tabes und allgemeiner Paralyse), von B. Dujardin. S. 321. Auch bei seinen Fällen stellte Verf. ein weitaus häufigeres Beteiligtsein des männlichen Geschlechts fest: unter 21 beobachteten Fällen von Tabo-Paralyse befand sich nur eine einzige Frau. Im allgemeinen läßt sich sagen, daß bei einer wenig virulenten Infektion der Krankheitsprozeß beschränkt bleibt und es somit nur zur Ausbildung des tabischen Symptomenkomplexes kommt. Ist die Infektion virulenter und kommt noch eine besondere Empfänglichkeit der Hirnrinde hinzu, so breitet sich die Infektion über die ganze Rindenoberfläche aus, und es entsteht das Bild der allgemeinen Paralyse. Die Verbindung beider Affektionen kommt vor, ja sie ist bis zu einem gewissen Grade stets vorhanden und tritt klinisch als Tabo-Paralyse in Erscheinung. Die Wurzelsymptome bei der Tabes und die seelischen Störungen bei der Paralyse entstehen infolge des Zusammenwirkens der spzifischen Veränderungen und der toxischen Wirkung. Erstere sind bleibend, letztere können vorübergehend sein, sie erklären das Auftreten von Remissionen.

Polyarthrite chronique déformante syphilitique. Contribution clinique et étiologique (Klinischer und ätiologischer Beitrag zur syphilitischen chronischen Polyarthritis deformans), von U. Cavallucci-Neapel. S. 353. Beobachtung von ausgedehnten deformierenden Gelenkveränderungen an den Händen einer 34jähr. Frau, die auf antiluetische Behandlung schnell zurückgingen. Bei jedem Fall von schwereren Gelenkveränderungen, besonders an den Enden der Extremitäten, ist an einen möglicherweise luetischen Ursprung zu denken. Selbst bei negativer WR empfiehlt sich energische antiluetische Behandlung, deren Erfolg oft nachträglich auf die richtige Spur führt.

Douze années de thérapeutique antisyphilitique (Zwölf Jahre antiluetischer Therapie), von E. Orphanidès-Konstantinopel. S. 366. Die Grundlage jeder ernsthaften antiluetischen Behandlung ist das Neosalvarsan, das zweckmäßig von Wismut oder Quecksilber unterstützt wird. Diese Mittel kommen auch in Frage bei Intoleranz oder Resistenz gegenüber dem Arsen. Die mittlere Dauer einer regelrechten Behandlung beträgt drei Jahre; darin darf man sich auch durch die negativ gewordene WR nicht beirren lassen.

F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Acta Dermatologica (Japan)

1926, Bd. 8, H. 6

Osmidrosis axillaris, von S. Ishikawa und A. Nohira, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 787. Im Orient, besonders in Japan, bezeichnet man als Osmidrosis axillaris eine Neigung der Haut zu vermehrter, stark riechender Schweißabsonderung, die um die Pubertät herum aufzutreten pflegt und also zur sexuellen Entwicklung in Beziehung stehen muß. Verff. untersuchten histologisch die Schweißdrüsen von 7 Gesunden, 1 Fall von Hyperidrosis axillaris ohne auffallenden Geruch und 19 Fälle von Osmidrosis axillaris in bezug auf die Verteilung der apokrinen und ekkrinen Drüsen (Schiefferdecker). Es zeigte sich, daß die Osmidrosis mit einer starken Vermehrung der apokrinen Drüsen der Axillarregion einhergeht.

The Immunological Study of Framboesia. Superinfection (Die Immunitätsverhältnisse bei Framboësie. Superinfektion), von Y. Ikegami, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 816. An 42 Framboësiekaninchen wurden Reinokulationsversuche unternommen. Während des Inkubationsstadiums des Schankers fiel die Superinfektion stets positiv aus. Während der schankrösen Periode fielen die Versuche 5—76 Tage vom Auftreten des Schankers positiv aus. Auch nach spontaner Heilung des Schankers fiel die Superinfektion in 4 von 8 Fällen nach 2 Monaten positiv aus, 2 verhielten sich negativ, 2 entwickelten Schanker, ohne daß Spirochäten nachweisbar waren. 8 Monate nach der Heilung fiel das Experiment bei 20 Tieren negativ aus. Der Superinfektionsschanker ist gewöhnlich kleiner als der Primärschanker, die Inkubationszeit kürzer. Superinfektion gelang also stets innerhalb der ersten $1^1/_2$ Monate nach dem Auftreten der ersten Erscheinungen, mißlang stets nach 8 Monaten. Angeborene Immunität gegen Framboësie bestand in keinem Falle.

Serochemische Studien über parenteral einverleibten erhitzten und nicht-erhitzten Gewebsextrakt. III. Mitteilung. Über den Einfluß der Reststickstoffe, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 842. Parenterale Einführung von erhitztem Haut- und Muskelextrakt ergab eine stärkere Zunahme der Blutreststickstoffe als die von nichterhitztem. Bei intravenöser Injektion von Extrakt halbverbrannten Haut- und Muskelgewebes wurden die Blutreststickstoffe deutlicher beeinflußt als durch Injektion von Extrakt aus halbgekochtem Gewebe. Der erhitzte Hautextrakt übt intraperitoneal injiziert einen deutlicheren Einfluß aus als der erhitzte Muskelextrakt. Subkutane Injektion beider Extrakte beeinflußt den Blutreststickstoff kaum.

IV. Mitteilung. Über den Einfluß der Blutkatalase des Hämoglobins und des Blutreststickstoffes, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 859. Die Blutkatalase nahm nach Injektion nichterhitzter Muskelextrakte bis zur 24. Stunde deutlich ab und kehrte in einigen Tagen zur Norm zurück. Nach Behandlung mit erhitzten Muskelextrakten nahm sie allmählich ab, ohne wieder zuzunehmen. Ebenso verhielt es sich bei erhitzten und nichterhitzten Kaninchenhautextrakten, erhitzten Meerschweinchenmuskelextrakten und Meerschweinchenhautextrakten, während dieselben nichterhitzt die Katalase nicht veränderten. Die Schwankungen im Gehalt der Blutkatalase und des Hämoglobins gehen nicht parallel. Parenterale Zufuhr von Haut- und Muskelextrakten ruft demnach bestimmte Zeit post injektionem im Organismus die sogenannten Eiweißzerfallstoxikosen hervor, bei denen — nach Rosenthal — eine nähere Beziehung zwischen Antitrypsingehalt und Reststickstoff besteht.

1927, Bd. 9, H. 1

Vergleichende Studie der Epithelbewegungen der Menschenhaut in Auto- und Homoplasmakultur, von Sh. Ishikawa und I. Asai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 36. Die Intensität der Epithelbewegung menschlicher Hautstückchen ist in den Kulturen in männlichem Autoplasma und männlichem Homoplasma annähernd gleich, während sie im weiblichen Homoplasma etwas schwächer ist als im männlichen Autoplasma. Benutzt man ein Plasma als Nährmedium, dem man Blutzellen des Plasmaspenders zugesetzt hat, so sieht man, daß die Epithelbewegungen im männlichen Autoplasma intensiver sind als im männlichen und weiblichen Homoplasma.

Ein Beitrag zur Präzipitinreaktion von Pflanzeneiweiß, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 46. Kaninchenimmunserum von Bohnenextrakt gab Präzipitinreaktion mit Leguminosen, aber nicht mit allen. Das Immunserum von Bohnen erregte keine Gruppenreaktion gegen andere Pflanzenarten, wie Reis, Weizen, Hirse usw. Nach dem Resorptionsversuch durch Zusammenbringen von Bohnenimmunserum mit Bohnenextrakt

Digitized by Google

verliert das Serum nicht nur sein Präzipitationsvermögen gegen Bohnenextrakt, sondern auch gegen andere Leguminosen.

Beiträge zur Kenntnis der Blutveränderung bei experimenteller akuter Bleivergiftung, von K. Fujita, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 58. Fünf Kaninchen wurden mit einem Gemisch aus Bleiazetat und Bohnenrückstand gefüttert. Es entstanden folgende Vergiftungserscheinungen: deutliche Abnahme der Erythrozyten und Zunahme der Leukozyten. Allmähliche Verminderung des Fibrinogens im Blutplasma und des Hämoglobingehalts im Blut. Die Erythrozytenresistenz gegen hypotonische Kochsalzlösung zeigte keine große Veränderung.

1927, Bd. 9, H. 1, II. Tl.

Ostitis deformans framboesica, von T. Matsunaga. S. 76. Verf. behandelte auf der Südseeinsel Truk in 7 Jahren 24 Fälle von Vorderarm- und Unterschenkeldeformitäten. Am Unterarm ist der Radius verdickt und nach der Radialseite hin deutlich gekrümmt. Auch die Ulna ist nach dem Ellenbogengelenk zu verdickt, Radius und Ulna bilden die Figur eines „O". Am Unterschenkel ist die Tibia verdickt und nach vorn verkrümmt, auch gewöhnlich die Fibula. Ätiologisch handelt es sich um Framboësie.

Experimental Studies of Precipitin and the Specific Cuti-Reaktion. VII. Histological Features of the Specific Cuti-Reaction in Immunized Rabbits (Experimentelle Untersuchungen über Präzipitin und spezifische Kutireaktion. VII. Histologische Befunde der spezifischen Kutireaktion bei immunisierten Kaninchen), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 88. Bei immunisierten Kaninchen geht die Intensität der Kutireaktion nach Reinjektion des gleichen Antigens dem Anwachsen der Immunität parallel. Die Klimax der spezifischen Kutireaktion ist 24—48 Stunden nach der Injektion erreicht. Die spezifische Kutireaktion besteht in einem akuten entzündlichen Prozeß an der Reinjektionsstelle, bei der Hämorrhagie mit deutlicher Infiltration polynukleärer Leukozyten beobachtet wird, die häufig in partielle Nekrose des Gewebes übergeht.

Über Sclerödema neonatorum cutis, von Y. Kimura, Path. Univ.-Inst. Kyoto. S. 99. Es handelt sich um eine, mit hohem Fieber einhergehende, entzündliche Krankheit mit lokalen Zirkulationsstörungen. Die Verhärtung der Haut kommt durch die Wucherung der Elastikafasern und die Vermehrung des Bindegewebes zustande. Vom Sclerodermа adiposum unterscheidet sich die Krankheit durch fehlenden Nachweis von Fettsäurekristallen und Fremdkörperriesenzellen im subkutanen Bindegewebe. Keinerlei Beziehungen zu den inneren und den inkretorischen Organen nachweisbar.

The Resorption of Heterogenous Proteins from the Mucous Membrane of the Urinary Bladder (Die Resorption heterogener Eiweißstoffe durch die Schleimhaut der Harnblase), von G. Shoji, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 109. Die Resorptionsfähigkeit der Kaninchenblase für verschiedene heterogene Eisweißstoffe wurde experimentell untersucht. Menschliches Serum, das normalen Kaninchen in die Blase injiziert wurde (2,5 und 7,0 ccm) wurde im Blutserum durch Präzipitinreaktion festgestellt. Die Passage anderer Proteine konnte nicht nachgewiesen werden. — Zwei Kaninchen wurden mit Hühnereiweiß vorbehandelt und produzierten einen sehr hohen Präzipitititer, nach dessen spontanem Verschwinden 3,5—4 ccm Hühnereiweiß in die Blase injiziert wurde. Bei diesen Tieren schnellte der Präzipitintiter am 5. Tage in die Höhe als Zeichen der Resorption des Proteins durch die Blasenschleimhaut hindurch in das strömende Blut. Andere Arten von Proteinen verhielten sich ähnlich, nur das Anwachsen des Präzipitintiters zeigte individuelle Schwankungen.

On the Immunological Relationship between Syphilis and Framboesia. Inoculation Experiment with Framboesia in Syphilitic Rabbits Conjectured to be Cured with Salvarsan (Über die immunologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Framboësie. Inokulationsexperiment mit Framboësie bei syphilitischen Kaninchen, die mit Salvarsan vorbehandelt waren), von S. Matsumoto, Y. Ikegami und S. Takasaki, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. S. 113. Kaninchen, die Syphilis hatten, aber mit entsprechenden Salvarsandosen behandelt wurden, können skrotal mit Framboësie infiziert werden und charakteristische, spirochätenhaltige Erscheinungen aufweisen. Die Immunität gegen Syphilis und gegen Framboësie, die ein syphilitisches Tier aufweist, verhält sich durchaus verschieden. Im Verein mit den experimentellen Framboësieinfektionen syphilitischer Kaninchen, der Reinfektion bei Framboësie und Syphilis, den klinischen und mikroskopischen Untersuchungen bei der Kaninchenframboësie und der tropischen menschlichen Framboësie ergibt sich, daß die Framboësie eine der Syphilis ähnliche, aber nicht analoge Erkrankung ist.

Digitized by Google

Ein Fall von Recklinghausenscher Krankheit mit Naevus anaemicus, von S. Shimomura. S. 130. Ein 22 jähr. Mann mit typischen Recklinghausensymptomen ist mit mehreren landkartenartigen, unregelmäßig geformten Naevi anaemici an der rechten Brustwand behaftet. In den Serienschnitten weisen die Fibromherde gut entwickelte Talgdrüsen, erweiterte Haarbälge und dilatierte Schweißdrüsengänge auf. In dem Naevus läßt sich mikroskopisch nichts Abnormes konstatieren, auch keine Anomalie in der Kapillarverteilung.

1927, Bd. 9, H. 2

Examination of Urethra by Frumkin's Röntgenphotography Method (Untersuchung der Urethra mit Frumkins röntgenphotographischer Methode), von S. Tamura und Y. Iino, Urol. Kl. Kyoto. S. 161. Bei über 20 Fällen bewährte sich das Verfahren zur Feststellung der Form der Urethra besonders bei Strikturen. Die 25%ige Lösung von Natriumbromid wurde mit Erfolg durch eine 15%ige ersetzt. Zur Darstellung von Urethralfisteln und Störungen der Pars prostatica eignet sich das Verfahren weniger.

The Seroreaction of Rabbits Having a Syphilitic Lesion in the Paranasal Regions (Die Seroreaktion bei Kaninchen mit syphilitischen Veränderungen in den paranasalen Regionen), von O. Domon und M. Abe, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 168. Von 21 Kaninchen mit paranasalen Inokulationen waren nur 4 (20%) positiv. Diese vier hatten am Ort der Inokulation sehr entwickelte Primärläsionen.

The Seasonal Variation in the Length of the Incubation Period in Rabbit Syphilis. A Statistical Study (Jahreszeitliche Schwankungen in der Inkubationsdauer der Kaninchensyphilis. Statistische Untersuchungen), von O. Domon und T. Shimoda. Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 178. Bei 288 Kaninchen war die Inkubationszeit im Frühling und Winter wesentlich verkürzt, im Sommer erheblich verlängert.

On a Case of Carcinosarcoma in a Rabbit's Ear After Repeated Tarring, With Multiple Metastasis of the Sarcomatous Tumor in the Regionary Lymphatic Glands and Internal Organs (Über einen Fall von Karzinosarkom an einem wiederholt geteerten Kaninchenohr mit multiplen Metastasen des sarkomatösen Tumors in den regionären Lymphdrüsen und inneren Organe), von T. Shimoda, Univ.-Hautkl. Kyoto. S. 187. Es wird angenommen, daß unabhängig voneinander auf den gleichen Reiz hin karzinomatöse und sarkomatöse Herde auftraten.

Inokulationsexperimente mit Tuberkelbazillen in die Hoden von Kaninchen, von G. Shoji, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 202. Sechs Tiere wurden mit Mengen von 5—20 mg geimpft. Die intratestikuläre Inokulation führt mit Sicherheit zur Infektion. Der Ernährungszustand wurde durch das Fortschreiten der Tuberkulose nicht beeinträchtigt. Die kutane Tuberkulinreaktion fällt immer negativ aus. Kaninchen eignen sich für therapeutische und serologische Tuberkuloseexperimente.

Über die Darmparasiten der Bewohner auf den Truk-Inseln, Südsee, von T. Matsunaga, Truk-Hosp., Südsee. S. 211. Mikroskopische Kotuntersuchung von 935 Bewohnern der Truk-Inseln ergab, daß 799 (85,6%) Askariskräger, 64,2% Trichozephalusträger, 29,9% Ankylostomaträger waren. Getrennte Gruppierung der im Inneren der Inseln wohnenden Bevölkerung, die den Kot im Walde oder im Gebüsch entleert, und der an der Seeküste und auf den Korallen-Inseln lebenden Eingeborenen, die den Kot ins Meerwasser entleeren, ergaben, daß das Meerwasser als Kotentleerungsort gegen die Infektion mit Parasiten einen gewissen Schutz gewährt.

Psoriasis pustulosa, von A. Fukai, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 221. Ausführliche Beschreibung eines Falles, bei dem der 70jähr. Patient nach 10jähr. Dauer unter plötzlicher akuter Verschlimmerung marantisch zugrunde ging. Tief in die Reteschicht eindringende subkorneale Mikroabszesse.

1927, Bd. 9, H. 3

Zwei Fälle von primärem Urethralkarzinom, von A. Fukai und S. Yoshida, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 239. 56jähr. Bankbeamter verspürte vor 1 Jahr die ersten Beschwerden. Eitriger Ausfluß aus der Harnröhrenmündung. Seit 1 Monat Verhärtung des Orificium externum, Verdünnung des Harnstrahls. Auf der Glans zirzinär gewucherte Neubildung. Histologisch ergab die durch Resektion entfernte Geschwulst Plattenepithelkarzinom; Inguinaldrüsen völlig intakt. 50jähr. Bäuerin leidet seit 3 Monaten an Lendenschmerzen, die in die unteren Extremitäten ausstrahlen. Seit 40 Tagen öfters Blutungen. Vor 5 Tagen Harnverhaltung. An der Vulva fällt die in der Form veränderte Urethralmündung auf, Orificium ein etwa 1 cm langer Schlitz. Umgebung

Digitized by Google

knorpelhart. Urethra zweidaumendick verdickt. Künstliche Vesikovaginalfistel wird angelegt, Radikaloperation verweigert. Probeexzision ließ ein typisches Kankroid mit reichlicher bindegewebiger Zwischensubstanz erkennen.

Vergleichende Histopathologie der syphilitischen Primärsklerose der Menschen und Kaninchen, von S. Watanabe, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 251. 60 menschliche Fälle wurden untersucht. Bei der Primärsklerose des Menschen Parakeratose und Hyperkeratose der Hornschicht, starkes Ödem der Reteschicht, hochgradige Emigration der Wanderzellen, Formänderung der einzelnen Epithelzellen bis zur Nekrose. Ferner hochgradige Akanthose, was bei Kaninchen nie der Fall ist. Beim Kaninchen tritt im ersten Entwicklungsstadium der Primärsklerose myxoides Gewebe auf, was beim Menschen niemals der Fall ist. Beim Mensshen stets Peri-, Meso-, Endo-, Thrombophlebitis, beim Kaninchen hingegen trotz hochgradiger Periphlebitis nur geringe Intimaverdickung. Bei Mensch und Kaninchen Infarktbildung. Beim Menschen Lymphangitis mit starker Endolymphangitis, beim Kaninchen trotz hochgradiger Perilymphangitis kaum bemerkbare Endolymphangitis. Riesenzellen beim Kaninchen viel seltener als beim Menschen. Spirochäte beim Menschen in der Venenwand und im Lumen der Lymph- und Venengefäße sehr reichlich, beim Kaninchen im Lumen der Lymphgefäße viel spärlicher als in den Venen.

The Immunological Study of Framboesia „Reinfection" (Das Studium der Immunitätsverhältnisse bei Framboësie. „Reinfektion"), von Y. Ikegami, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. S. 269. 26 Kaninchen wurden 95—617 Tage nach der Inokulation reichlich mit Salvarsan behandelt, daun erfolgte die Reinokulation. 10 Tiere waren vorher bereits mit positivem Resultat superinfiziert worden. Bei 10 Tieren war die Superinfektion negativ ausgefallen, 6 Tiere waren unvorbehandelt. Bei allen Tieren fiel die Reinfektion positiv aus. Die Erscheinungen verliefen im allgemeinen milder als bei der ersten Infektion. Inkubation usw. sind abgekürzt. Hingegen reichlicher und lange anhaltender Spirochätenbefund. Die Versuche ergeben eine völlige Verschiedenheit der Immunitätsverhältnisse bei Syphilis und Framboësie.

Contribution to the Serochemical Study of Experimental Rat-bite Fever in Rabbits (Beitrag zur serochemischen Untersuchung bei experimentellem Rattenbißfieber der Kaninchen), von K. Fujita, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. S. 273. Das Ansteigen des gesamten Stickstoffgehalts des Blutes ist am deutlichsten bei Tieren, die eine intratestikuläre Infektion in Form einer abgegrenzten Orchitis aufweisen, während bei denen, die ins Augenlid infiziert wurden oder in die Vena auricularis, dieses Ansteigen meistens fehlt und die Orchitis wesentlich leichter verläuft. Die Möglichkeit einer Korrelation zwischen Stickstoffgehalt und Orchitis ist unwahrscheinlich, da bei einem intravenös infizierten weiblichen Tier der gleiche Befund erhoben werden konnte. Zwischen Lipoid- und Proteinstoffwechsel bestehen beim Rattenbißfieber weitgehende Unterschiede. Die Störungen im Proteinstoffwechsel, die in einem Ansteigen des nicht aus Protein stammenden Stickstoffes und Globulins und in der antitryptischen Aktivität des Serums im Frühstadium der Krankheit bestehen, wenn Spirochäten reichlich zirkulieren, können als „Eiweißzerfallstoxikose" betrachtet werden. In Hinblick auf den Proteinstoffwechsel zeigt sich eine deutliche Zunahme des Proteins und ein Abfall des Proteinquotienten im Serum, da das Globulin zunimmt, während der Albumingehalt nur wenig oder gar nicht wächst.

Weitere experimentelle Studien mit dem Wismutpräparat „Neotrepol" bei Framboësie, von T. Matsunaga. S. 297. Die Erfolge mit dem Wismutpräparat Neotrepol bei der Framboësie im ersten und zweiten Stadium sind in der Klinik des Truk-Hospitals wenigstens ebenso günstige wie früher mit der Salvarsanbehandlung.

Über die Röntgentherapie der Condylomata acuminata und die histologischen Veränderungen dieser Kondylome in den verschiedenen Perioden dieser Behandlung bis zur Abheilung, von B. Tashiro, Derm. Univ.-Kl. Kyoto. S. 305. Sechs Fälle wurden mit Röntgenstrahlen behandelt, in 2 Fällen nach jeder Bestrahlung histologische Untersuchung. In der Regel sehr schnelle Heilungstendenz. Rezidive ausgeschlossen. Zuerst Verschwinden der Hyperkeratose, Degeneration der Gefäßendothelien, besonders der Kapillaren. Dann Degeneration der Stachel- und Basalzellen. Nach ein- oder zweimaliger Bestrahlung Ablagerung der Pigmentgranulae in der Papillarschicht, die bei weiterer Behandlung allmählich zunimmt. Vor der Behandlung diffuse Zellinfiltration in der Kutis der Papillome, nach wiederholten Bestrahlungen Beschränkung auf die Papillarschicht. Ödem wie Blutstauung in der Kutis lassen deutlich nach.

M. Gumpert-Berlin.

Digitized by Google

Bücherbesprechungen

Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn. Bd. 15. Teil I. **Morphologie und Biologie der Spirochaeta pallida. Experimentelle Syphilis,** von E. Hoffmann, E. Hofmann und P. Mulzer. (Preis geb. RM. 90.—, geb. RM. 96.—. Verlag J. Springer, Berlin 1927.) Der neu ausgegebene Band des Handbuchs für Haut- und Geschlechtskrankheiten, welcher die Ätiologie der Syphilis behandelt, gibt dem Leser eine in der deutschen Literatur noch nicht vorhandene Übersicht über den gegenwärtigen Stand der Syphilisforschung. Erich Hoffmann-Bonn und Edmund Hofmann-Frankfurt haben in vorbildlicher Weise die Morphologie und die Biologie der Spirochaeta pallida, und Paul Mulzer-Hamburg die Biologie der Spirochaeta cuniculi beschrieben: Mulzer hat weiterhin eine Monographie der experimentellen Syphilis und eine Darstellung der praktischen Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung gegeben, welche auch dem selbst an der Forschung beteiligten Arzte eine Menge wissenswerter und wichtiger Details bringt. Künftigen Arbeiten den festen Boden zu bieten, auf welchem neue Forschung kräftig gedeihen kann, ist das Ziel jeden Handbuchs, dieser Aufgabe in vollkommener Weise gerecht geworden zu sein, ist ein Ruhmestitel des vorliegenden Teils des großen Jadassohnschen Sammelwerks. Ferd. Winkler-Wien.

Biologische Einwirkung von der Haut auf den gesunden und tuberkulösen Organismus, von W. Zinn und G. Katz. (Beih. z. Zschr. f. Tbc., Nr. 27. Preis RM. 12,—. Verlag J. A. Barth, Leipzig 1927.) Das Buch ist für den Dermatologen sowie für den Bestrahlungstherapeuten von großem Wert, befaßt sich aber vorwiegend mit der Impfbehandlung der Tuberkulose. Das Petruschky-Verfahren und die Ektebineinreibung werden für die Kindertuberkulose empfohlen. Die Ponndorf-Impfung soll wegen der Gefahr zu starker Herdreaktionen nur bei Hautdrüsen- und Knochentuberkulose verwandt werden. Mit Ausnahme der stationären indurierenden Lungentuberkulose wird das Subepidermalverfahren dem Subkutanverfahren vorgezogen. Für den Dermatologen ist die Behandlung der verschiedenen Hautreize und der Proteinkörpereinreibung von Interesse. F. Rosenthal-Berlin.

Physikalische Grundlagen der Lichttherapie, von H. Guthmann, Univ.-Frauenkl. Frankfurt a. M. (Sonderabdr. d. Strahlenther., Bd. 10. Preis geh. RM. 12,—, geb. RM. 14,—. Verlag Urban & Schwarzenberg, Berlin 1927.) Die Voraussetzung einer rationellen Anwendung der Lichttherapie sollte die Kenntnis der Eigenschaften und Eigentümlichkeiten des Lichtes sein. Gleichwohl bestand noch keine zusammenfassende Arbeit über die physikalischen Grundlagen der Lichtbehandlung unter Berücksichtigung der medizinisch-physikalischen Untersuchungen. Im Verlauf von 7 Jahren hat Verf. ein Werk geschaffen, welches sich auf über 20000 Messungen bezieht. Dabei war er bemüht, entsprechend den komplizierten Verhältnissen, wie sie der Aufbau des menschlichen Körpers mit sich bringt, die verschiedenen wirksamen Faktoren zu isolieren und für sich sowohl wie vereint zu bestimmen. Verf. hat sich, ohne eine Unterschätzung der Wichtigkeit extraterrestrischer Strahlung damit zu dokumentieren, lediglich auf die Untersuchung künstlicher Lichtquellen beschränkt, weil nur sie in stets gleicher Qualität und Quantität zur Verfügung stehen, was Vorbedingung einer exakten Messung ist. Bei dem zur Verfügung stehenden Raum muß es sich Referent versagen, in eine Würdigung auch nur der Hauptkapitel einzutreten. Bei der Fülle des Geleisteten soll an Hand einiger Kapitelbezeichnungen wenigstens dargetan werden, welche praktische Wichtigkeit dem Werk zukommt. So handeln Kapitel über die Ausbreitung des Lichtes bei den praktisch gebräuchlichen Lichtquellen (Kohlenbogenlicht—Gleichstrom und Wechselstrom—Quarzquecksilberdampflampe, Solluxlampe, Spektrosollampe); die Beeinflussung der Oberflächendosis durch die Form der Belichtungsobjekte mit den in der Praxis sich ergebenden Konsequenzen ohne und mit Berücksichtigung der regionären Sensibilität für U.-V.; das Verhalten des Lichtes in optisch trüben Medien (das Verhalten des Lichtes im lebenden Körper bezüglich der Streuung); die spektralen Absorptionsverhältnisse in Körperbaustoffen nebst Schlußfolgerungen; die Tiefenwirkung des Lichtes am lebenden Organismus: die Abhängigkeit des Hauterythems von der Wellenlänge des auffallenden Lichtes. Zweifellos ist das Buch geeignet, die wissenschaftliche Erkenntnis der physikalischen Grundlagen der praktischen Lichttherapie zu vermitteln und einen gewissen Schematismus zu verdrängen, der nicht nur Höchstleistungen entgegensteht sondern manchmal direkt schädlich wirkt. J. Kottmaier-Mainz.

Digitized by Google

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, zugleich ein Lehrbuch, von W. Friboes-Rostock. (Liefg. I/II. Preis RM. 10,—. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1927.) Friboes, dem wir neben seiner Histopathologie der Hautkrankheiten den wertvollen, gemeinsam mit Moral herausgegebenen Atlas der Mundkrankheiten verdanken, hat nunmehr unserem Fache einen neuen begrüßenswerten Beitrag geliefert, indem er, gestützt auf das große Material der Bilder- und Moulagensammlung seiner Klinik, einen reichhaltig ausgestatteten Atlas mit einem in Lehrbuchform gehaltenen Text verband. Dabei ist von vornherein Wert darauf gelegt, das Werk für den dermatologischen Praktiker zu schreiben, so daß alle Dinge, die gewissermaßen nur Eintagsergebnisse darstellen, gar nicht in den Text aufgenommen wurden. Auch mit Literaturangaben ist das Buch nicht unnötig belastet. So liegen denn jetzt von dem in 14 Lieferungen erscheinenden Werke die ersten beiden Lieferungen vor, von denen an Hand des ausgezeichneten Bildermaterials und ausführlichen Textes, in dem die klinische Beschreibung ebenso inhaltreich ist wie auch die Schilderung der Therapie, nach einer allgemeinen Einleitung die erste die verschiedenen Ekzeme bespricht. Ihnen folgen im zweiten die Psoriasis, Parapsoriasis und Lichen ruber, an den sich die Besprechung der Pityriasis rubra anschließt. Hierauf geht Verf. zu den Zirkulationsstörungen der Haut über und bespricht das akute umschriebene Hautödem, Morbus Raynaud, die multiple neurotische Hautgangrän und schließlich die Sklerodermie. Das Sklerema neonatorum bildet den Übergang zur nächsten Lieferung. Eine außerordentlich große Zahl sehr gut wiedergegebener Bilder — bunter und einfarbiger — ergänzen den Text. Das gesamte Werk wird nach seinem vollständigen Erscheinen nochmals zusammenhängend ausführlich gewürdigt werden. E. Langer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

e. Therapie

Zur Frage des Auftretens chininfester Lipasen im Serum nach Salvarsan, von W. B. Meyer und F. Buschke, Städt. Krkhs. Berlin-Westend. (Kl. W., 1927, Nr. 21, S. 987.) Verff. prüften die chemischen Untersuchungen Kartamischews nach, der durch den Nachweis des Auftretens chininfester Lipasen im Blute von Pat., die kurze Zeit vorher Salvarsan bekommen hatten, zu der Annahme kam, daß das Salvarsan leberschädigende Wirkungen ausübt. Als Vorversuch haben die Verff. bei 9 stoffwechsel- und lebergesunden Pat. nach der Aufnahme der verschiedenst zusammengesetzten Nahrung das Blut auf das Vorhandensein chininfester Lipasen untersucht und niemals solche nachweisen können. Daraufhin wurde das Blut von 14 lebergesunden und nichtsyphilitischen Pat. nach der Salvarsaninjektion auf das Auftreten von Lipasen untersucht, die in zwei Fällen nur vorhanden waren, in denen es sich um Erkrankungen des uropoetischen Systems handelte. Unter 5 Luetikern verschiedener Stadien wurden nur einmal chininfeste Lipasen im Blute nach der Salvarsaninjektion gefunden. Es ist sehr leicht möglich, daß bei den zwei Fällen lebergesunder und nieren- bzw. blasenkranker Pat. die Lipasen aus dem gegenüber toxischen Einflüssen (Salvarsan) geschädigten uropoetischen System stammen. Als Ergebnis der Untersuchung der Verff. muß festgestellt werden, daß die exakten Untersuchungen der Verff. den ebenfalls zuverlässigen von K. vollständig gegenüberstehen und jedenfalls die Annahme von K. einer Schädigung der Leber durch Salvarsan nicht unbedingt ist. Andererseits machen die Verff. selbst ihrer Arbeit den Einwand, daß einmal die Zahl der untersuchten Fälle recht klein ist, so daß es wünschenswert wäre, wenn bei der Wichtigkeit der Frage für die Therapie weitere Nachprüfungen stattfänden, und daß andererseits immerhin die Möglichkeit vorliegen kann, daß der richtige Zeitpunkt der Blutentnahme, die an und für sich in kurzen Abständen mehrmals wiederholt werden müßte, entgangen ist. Somit bleibt vorläufig die Antwort auf die Frage der Lebergiftigkeit des Salvarsans noch offen.

E. Langer-Berlin.

Über Myosalvarsan, ein schmerzlos intramuskulär und subkutan injizierbares Salvarsanpräparat, von W. Kolle-Frankfurt a. M. (D. m. W., 1927, Nr. 12, S. 475.) Myosalvarsan ist ein dioxy-diamino-arsensobenzol-diformaldehydschwefligsaures Natrium und besitzt den gleichen chemotherapeutischen Index wie Neosalvarsan. Es wird, subkutan oder intramuskulär injiziert, fast reaktionslos vertragen, ruft keine Ne-

Digitized by Google

krose bzw. Entzündung hervor und wird in wenigen Tagen restlos resorbiert. Myosalvarsan soll nicht die intravenöse Injektion des Neosalvarsans verdrängen, sondern nur in den Fällen angewandt werden, in denen die intravenöse Injektion aus irgend einem Grunde untunlich ist. F. Harry-Wiesbaden.

Die therapeutische Beeinflussung syphilitischer Spätformen mit Spirobismol, von W. Lucke-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 22, S. 929.) Verff. berichtet über günstige Erfolge bei gummösen Prozessen und Lues cerebri. F. Harry-Wiesbaden.

Les rétentions bismuthiques (Wismutretentionen), von Guiberteau. (Thèses de Paris. Presse méd., 1927, Nr. 6, S. 90.) Verf. hat die bei Menschen häufig vorkommenden Retentionen nach Injektionen unlöslicher Bi-Salze mit Abszedierung und sehr langsamer Vernarbung experimentell im Tierversuch nachgeprüft. Injiziert wurden therapeutische Dosen. Bei den Jod-Chininverbindungen wurde keine Retention beobachtet, sondern nur bei den Hydroxyden des Bi, dem man wohl die Schuld beimessen muß, da es mit den Fettsäuren seines Lösungsmittels unlösliche Seifen bildet. Außerdem bildet das ölige Lösungsmittel Fettsäuren, die sich mit dem Oxydhydrat verbinden. Es handelt sich also um eine mechanische Reizung durch die Verseifung. Man soll also die Bi-Hydroxyde nur in nichtöliger Lösung oder in öliger Lösung anderer Nichthydroxydverbindungen des Bi verwenden. H. Colman-Berlin.

Mécanisme de l'action curative du tellure dans la syphilis (Mechanismus der Heilwirkung des Tellur bei der Syphilis), von C. Levaditi und Y. Manin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 17, S. 1388—1391.) Vorhergehende Versuche über die Vorbeugung der Syphilis hatten gezeigt, daß die Anwesenheit der wirksamen Substanz (Tellur oder Wismut) in den Geweben nicht genügt, daß vielmehr ihre Konzentration einen gewissen Grad erreichen muß. Der erforderliche Mindestgrad wird als „metallische Gewebsspannung" bezeichnet. Das gleiche gilt auch für den therapeutischen Effekt. Wurden Kaninchen mit umfangreichen Sklerosen am Skrotum und reichlichem Spirochätengehalt mit intramuskulären Einspritzungen von 0,1 bzw. 0,05, 0.02, 0.01 Tellur pro Kilogramm behandelt, so wurden bei den beiden ersten Dosen die Sklerosen innerhalb 9 Tagen fast völlig resorbiert; die Spirochäten waren völlig geschwunden, oder es fanden sich nur vereinzelte abgestorbene. Im Gegensatz dazu vergrößerten sich die Läsionen bei den Dosen von 0,01 und 0,02 und enthielten dauernd gut bewegliche Spirochäten. Die geringste Heildosis liegt also zwischen 0,02 und 0.05 Tellur pro Kilogramm. Bei den mit dementsprechenden Dosen behandelten Tieren fand sich in der Niere eine metallische Spannung von 56—96 mg, dagegen bei den mit subtherapeutischen Dosen behandelten nur 28 mg. Entsprechend ist bei den ersteren mikroskopisch in den Nierenepithelien Tellur in beträchtlicher Menge zu sehen, bei den letzteren nur in Spuren. Zur Heilwirkung müssen also in den Geweben genügende metallische Reserven vorhanden sein, mit Hilfe derer der Organismus die Vernichtung der Spirochäten bewirkt. E. Levin-Berlin.

Antimonbehandlung des Tabes, von E. Kaufmann und H. Schaaf, Med. Univ.-Kl. Köln. (D. m. W., 1927, Nr. 15, S. 612.) Von 13 Tabikern wurden nach Behandlung mit Antimosan 8 wesentlich, 4 mäßig gebessert, während in einem Fall die Besserung wohl spontan erfolgte. Bei 10 Fällen latenter Tertiärsyphilis war Antimon klinisch und serologisch unwirksam. In einem Fall von Paralysis agitans wurde die Hyperkinese auffallend gut beeinflußt, in einem Fall von Encephalitis luica ein nicht ganz sicherer Effekt erzielt. Eine Kur umfaßte 10—16 Injektionen von 3—5—8 ccm Antimosan, von denen 8 intravenös, die übrigen intramuskulär verabfolgt wurden. Das Intervall der einzelnen Injektionen schwankte zwischen 2—4 Tagen. Unangenehme Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet. F. Harry-Wiesbaden.

Die Therapie der Tabes dorsalis, von H. Kogerer, Psych.-neurol. Univ.-Kl. Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 24, S. 796.) Fortbildungsvortrag.

Condition médico-légale des paralytiques généraux traités (Die ärztlich-rechtliche Stellung der behandelten Paralytiker), von H. Claude. (Bull. de l'acad. de méd., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 614—615.) Während bisher die Feststellung einer progressiven Paralyse mit ihrem gewöhnlich innerhalb 4—5 Jahren zum Exitus führenden Verlaufe dauernde Schutzmaßnahmen, Entfernung aus Ämtern, Einsetzung eines Pflegers usw. erforderlich machte, können durch die neueren Behandlungsmethoden so wesentliche, langdauernde Remissionen erzielt werden, daß der frühere Beruf anstandslos wieder ausgeübt werden kann. Man wird daher die erforderlichen Maßnahmen zunächst nur als vorübergehende treffen; doch ist immer noch Vorsicht erforderlich, da man nie wissen kann, wieweit es sich um wirkliche Heilung handelt. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Zur Frage der therapeutischen Malaria, von E. Martini, Tropeninst. Hamburg. (M. m. W., 1927. Nr. 23, S. 980.) Die Impfmalaria bildet auch Gameten, was bisher von einzelnen Seiten bestritten wurde. Infolgedessen besteht immer eine gewisse Ansteckungs- und Verbreitungsgefahr der Malaria. Besonders würde dies eine Rolle spielen, wenn die Malariabehandlung der Lues allgemein würde. Eine Malariabehandlung der Frühlues ist unangebracht, auch aus dem Grunde, weil sie immer nur eine unspezifische Therapie darstellt. Rekurrensimpfung leistet bekanntlich bei Paralyse dasselbe; in Anatolien richtete eine Malaria- und Syphilisepidemie gleichzeitig furchtbare Verheerungen an, was für eine spezifische Heilwirkung der Malariaparasiten auf die Lues auch nicht spricht. Verf. warnt daher vor kritikloser Anwendung und Verallgemeinerung der Malariaimpfung, welche der Klinik gehört und der Forschung noch wertvolles Material liefern wird. Vgl. auch Derm. W., Bd. 84, S. 645. H. Lippert-Köln.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Granuloma inguinale, von C. Sargent-Milwaukee. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, H. 18, S. 1395.) Ein 18jähr. Neger erkrankt 2 Monate vor der Aufnahme an einem Geschwür des Penis mit Leistendrüsenschwellung. Allgemeinbefinden stets gut. Lokalbehandlung erfolglos. WR ++++. 6 Wochen dauernde Arseninjektionen ebenso ohne Erfolg. Histologische Untersuchung des Geschwürs ergab die Diagnose Epitheliom. Auf Antimoninjektionen beginnende Heilung nach etwa einem Monat. Histologische Untersuchung jetzt ausgeführt ergab die Diagnose Granuloma inguinale. Nach einem weiteren Monat völlige Heilung und Entlassung. Im ganzen waren 1,3 g Antimon gegeben. Bei der zweiten histologischen Untersuchung fanden sich in großen mononukleären Zellen Donovansche Körperchen als Zelleinschlüsse. Außerdem wurde eine Kultur angelegt, wobei die Kolonien gut wuchsen. Es ließ sich eine Reinkultur von nicht beweglichen, sporen- und kapsellosen, gramnegativen Bazillen mit Polfärbung züchten. Eine Überimpfung auf den Penis von Schweinen erzeugte keine pathologische Veränderung.
H. Colman-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Sur l'utilisation d'antigène alcoolo-potassique dans la gono-réaction de Rubinstein et Gauran (Über die Verwendung eines Alkohol-Kalilaugeantigens bei der Seroreaktion des Trippers nach Rubinstein und Gauran), von H. Jausion, F. Meersseman und A. Pecker. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1128—1130.) Die einzige Unzulänglichkeit der im übrigen vorzüglichen Methode von Rubinstein und Gauran bestand bisher in der Notwendigkeit, wäßriges Antigen zu verwenden, da alkoholisches unbrauchbar sein sollte. Durch Zusatz von Kalilauge wurde jedoch ein wirksames alkoholisches Antigen erzielt, dessen Herstellung beschrieben wird; sie ist sehr bequem und das erhaltene Antigen leicht zu konservieren. Bei der Untersuchung von Blennorrhoikern in den verschiedensten Stadien und mit verschiedenen Komplikationen sowie von sicher nicht blennorrhoisch erkrankten Personen zeigte das Antigen gegenüber dem wäßrigen Antigen die Vorteile einer größeren Spezifität und Sensibilität.
E. Levin-Berlin.

La gono-réaction chez les blennorrhagiens (Die Gono-Reaktion bei den Tripperkranken), von H. Jausion, F. Meersseman und A. Pecker. (Paris méd., 1927, Nr. 23, S. 531—536.) Die praktische Verwertung der Gono-Reaktion wurde erst durch die von Rubinstein ausgearbeitete Technik möglich, die die Verff. noch neuerdings durch die Verwendung eines Alkohol-Kalilaugeantigens verbessert haben. Die Gono-Reaktion kann als absolut spezifisch angesehen werden; sie zeigt eine zur Zeit bestehende oder — unter Umständen vor längerer Zeit — voraufgegangene Blennorrhoe an. Bei frischer Blennorrhoe besteht zunächst eine Periode von 8—20 Tagen mit negativer Reaktion; in späterer Zeit kann sie den Zusammenhang von Komplikationen mit dem Tripper aufklären in Fällen, in denen der Gonokokkennachweis versagt (Prostatitis, chronische Urethritiden, Arthritiden, Orchitis, Epididymitis). Um die Heilung des Trippers nachzuweisen, darf die Reaktion frühestens 14 Tage nach der letzten (als Allgemeinbehandlung angewendeten) intravenösen Einspritzung angestellt werden; eine negative Reaktion zeigt jedoch nur augenblickliches Freisein an, gibt keine Gewähr gegen Rückfälle. Es sollte für den Tripper Chemotherapie (Trypaflavin) bis zur Erzielung von negativer Reaktion gefordert werden. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die experimentelle Blennorrhoe der Kaninchen, von A. M. Kalinin und O. F. Fahlberg-Leningrad. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 6/7, S. 359.) Nach vorhergehender Sensibilisierung mittels 50—75—100%iger Ochsengalle gelang es, bei 7 von 22 Kaninchen typische Gonokokken-Keratokonjunktivitis zu erzeugen. Als pathogen für Kaninchen erwiesen sich nur 3 frisch isolierte Gonokokkenstämme. Urethritis und Vaginitis ließ sich nicht erzielen. In den Eiterausstrichen aus den Augen wurden nach 7—10 Tagen, in der Periode der völligen Krankheitsentwicklung, intrazellulär gelagerte Gonokokken gefunden. Die Kulturen erwiesen sich als wenig lebensfähig. Nur in einem Fall gelang es, mit einer solchen Kultur eine typische Augenerkrankung hervorzurufen. Die Blennorrhoe hinterließ keine Immunität. Agglutinine und komplementbindende Stoffe konnten nicht nachgewiesen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Gonorrhoische Infektion bei Versuchstieren unter besonderer Berücksichtigung der Gelenkinfektion, von Partsch, Chir. u. derm. Univ.-Kl. Rostock. (D. m. W., 1927, Nr. 20, S. 835.) Die Versuchsresultate von Borju und Serisorin (Vestnik microbiologii i epidemiologii, 1925, Nr. 4) konnten nicht bestätigt werden. Weder die intraarterielle noch intraartikuläre Infektion mit Gonokokken führte bei Hunden und Kaninchen zu einer Arthritis blennorrhoica und ihren Folgezuständen. Die Bakterien verschwanden innerhalb von 3—6 Stunden aus dem Gelenk. Auch die Gallevorbehandlung der Gelenke und der Konjunktiva rief keine Sensibilisierung der Versuchstiere hervor. Es konnte weder Wachstum noch Pathogenwerden der Gonokokken beobachtet werden. F. Harry-Wiesbaden.

c. Therapie

Steinbildung nach einer einzigen Reargoneinspritzung, von H. Mühlpfordt-Allenstein. (M. m. W., 1927, H. 20, S. 853.) Verf. beobachtete, wie schon andere Autoren, daß nach einer Guyonschen Instillation von 10%igem Reargon sich 25 kleine Konkremente gebildet hatten, die 3—4 Stunden post inj. ausuriniert wurden. Diese Körnchen wurden chemisch untersucht und als hochprozentiges Ag-Präparat analysiert. Da diese Konkremente starke Miktionsbeschwerden machen (und das derart ausgefällte Chemikalium ja doch keine therapeutische Wirkung haben kann), warnt Verf. vor dem Mittel. Das Reargon fällt übrigens nur in saurem Urin aus. H. Colman-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. P. G. Unna wurde zum Ehrenmitglied der Dermatologischen und Venerologischen Gesellschaft in Odessa gewählt, ferner verlieh ihm die philosophische Fakultät der Universität Bonn die Würde eines Dr. phil. h. c.

Ernannt: Prof. Erhard Riecke in Göttingen zum planmäßigen Ordinarius.

Prof. Karl Zieler in Würzburg wurde zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt.

Prof. Leopold Arzt in Wien wurde zum Dekan der medizinischen Fakultät gewählt.

Priv.-Doz. Dr. Georg Birnbaum in Würzburg (jetzt Dortmund) erhielt Titel und Rang eines a. o. Professors.

Priv.-Doz. Dr. Hans Königstein und Priv.-Doz. Dr. Rudolf Paschkis in Wien erhielten den Titel a. o. Professor.

Ministerialdirektor Dammann vom Reichsministerium des Innern, der sich bei Bearbeitung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Verdienste erworben, wurde Dr. med. h. c. der Universität Berlin.

Gestorben: Der Urologe Dr. Paul Wagner, Privatdozent für Chirurgie in Leipzig; Polizeichefarztstellvertreter Hofrat Dr. Friedrich Fuhrmann in Wien. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 42 (Bd. 85) 15. Oktober 1927

Aus der Dermatologisch-Venerologischen Abteilung der Zentralpoliklinik des U.-Roten Kreuzes in Kieff

Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata

Von

Dr. S. A. Glaubersohn, Leiter der Abteilung

Im Sommer 1926 kam ein 18jähriges Bauernmädchen in der Sprechstunde zu mir, welches angeblich aus einer guten Familie stammte. Als Kind hat es Masern durchgemacht, vor 3 Jahren Bauchtyphus. Menses im 16. Jahre, regelmäßig; seit 2 Monaten keine Menses. Im Mai 1926 bekam die Kranke Halsschmerzen an der linken Seite und gleich nachher Schluckbeschwerden. Im Juli 1926 hat ein Venerologe bei ihr Syphilis gummosa diagnostiziert; wie er uns später berichtete, hatte die Kranke eine gummöse Geschwulst an der hinteren Rachenwand. WR ++++. Gleich nach den ersten Bismut- und Neosalvarsaninjektionen und der peroralen Verabreichung des Kaliumjodats waren angeblich alle Erscheinungen im Halse völlig verschwunden. Nach 11 Bismut- und 3 Neosalvarsaninjektionen wandte sich die Kranke an mich in die Poliklinik, um die spezifische Behandlung fortführen zu können.

Sie berichtete, daß 1 Monat vor der Halserkrankung bei ihr die Füße allmählich anzuschwellen anfingen, erst der rechte, später der linke. Gleich danach erschienen an den geschwollenen Füßen und auch auf anderen nicht ödematösen Stellen subkutane Bläschen. Diese Erscheinungen machten ihr keine Beschwerden, sie erwähnte sie nicht einmal, und ich habe sie erst bei der Untersuchung entdeckt. Zur Zeit fühlt sich die Kranke völlig gesund und arbeitsfähig.

Status praesens: Die Kranke ist mittel gewachsen, von regelmäßigem Körperbau. Die Haut am ganzen Körper ist etwas bleich, sowie die sichtbaren Schleimhäute. Keine Spuren von angeborener Syphilis.

Innere Organe (untersucht von Prof. W. Winogradoff): Herzerweiterung rechts auf $^1/_2$ cm, links auf 1 cm. Die Töne sind rein. An der rechten Lungenspitze rauhe Einatmung und verlängerte Ausatmung; die Leber ist vergrößert und überragt den Rippenbogen um zwei Fingerbreiten. Blutdruck: 112—86. Die Prüfung mit der physiologischen Lösung auf die Gewebshydrophilie fällt positiv aus (40 Minuten).

Das nervöse System zeigt keine Abweichungen von der Norm: die Reflexe, das Sensorium, die Motilität sind normal. Das vegetative nervöse System zeigt einen mäßigen Dermographismus; der Puls ist 100; der pylomotorische Reflex fehlt. Das Aschnersche Symptom zeigt ein fast völliges Verschwinden des Pulses. Bei der Pilokarpinprobe schwitzt die Kranke gar nicht, hat sehr wenig Speichel, die Gefäße der Gesichtshaut sind etwas erweitert. Die Adrenalinprobe ergab auch eine geringe Reaktion. Es ist eine unbedeutende Glykosurie vorhanden (Slonimskaja).

Hautstatus: Die Haut der oberen und der inneren Flächen der Oberschenkel ist stark pastös, andere Flächen sind etwas minder pastös. Die beiden Unterschenkel sind ödematös. Die Füße sind normal, sowie die Hautfarbe derselben. Die Hautfarbe und der Turgor an den anderen Stellen sind normal. Auf der pastösen und auf der anscheinend ganz gesunden Haut ist ein Ausschlag vorhanden, dessen einzelne Elemente relativ symmetrisch sind; er besteht aus harten, matten, perlmutterfarbigen, größtenteils ovalen Knötchen, klein- und großerbsengroß und schmerzlos beim Druck. Die Knötchen erinnern an Bläschen, die mit einer halbdurchsichtigen Flüssigkeit gefüllt sind, sich aber tief in der Haut befinden. Bei der kurzdauerndsten Reibung der Knötchen scheint die sie füllende Flüssigkeit zu verschwinden, und der Finger fühlt eine Leere. In kurzem

Digitized by Google

bekommt aber das Knötchen sein früheres Aussehen. Meistenteils sind die Knötchen von gespannter turgeszenter Konsistenz, es gibt aber auch etwas welkere Knötchen (weniger gespannt) und auch erbsengroße Hautstrecken von marmorweißer Farbe, wo anscheinend früher Knötchen vorhanden waren und wo der Finger zur Zeit eine Leere fühlt. Die Haut scheint an diesen Stellen atrophisch zu sein und sieht faltig aus. Während der ganzen Betrachtungszeit blieben diese letzten Elemente welk, augenscheinlich muß man sie als die ältesten Elemente betrachten. Jedoch konnten wir den Übergang der gespannten und welken Knötchen in die gefalteten Hautstrecken wahrnehmen. Die gesamte Zahl der Knötchen ist 46.

Lokalisation: Das Gesicht und der Hals sind frei.

Obere Extremitäten: 1. Links: auf der anscheinend ganz gesunden Haut der inneren Fläche bei dem Schultergelenk sind zwei turgeszente Knötchen vorhanden, in der Mitte des Armes sind ihrer drei; am Ellenbogen und am oberen Drittel des Vorderarmes gibt es je ein Element, ganz den vorigen gleich, von der Größe einer mittleren und großen Erbse.

2. Rechts: ganz symmetrisch, d. h. an der inneren Oberfläche bei dem Schultergelenk und in der Mitte des Armes sitzen je zwei großerbsengroße Knötchen von fester Konsistenz.

Die Hände sind frei.

Rumpf: Auf der anscheinend ganz gesunden Haut, unter der rechten Mamma und 7 cm weit von der linken Mamma sind je ein etwas welkes kleinerbsengroßes Element vorhanden. Etwas mehr nach unten auf der linken Mamillaris beiderseits gibt es je ein Element auch von welker Beschaffenheit. Neben den beiden Achselhöhlen sieht man Hautstrecken von marmorweißer Farbe, mittelerbsengroß; der palpierende Finger fühlt hier eine Leere — die Haut scheint atrophisch zu sein und ist gefaltet. Bei dem Hüftgelenk auf der anscheinend ganz gesunden Haut sitzen drei welke Elemente rechts und vier links.

Der Rücken ist frei.

Auf dem Kreuzgebiete sitzt ein Element von fester Beschaffenheit.

Untere Extremitäten: 1. Rechts am oberen Oberschenkeldrittel auf der vorderäußeren Fläche ist die Haut stark pastös und enthält sieben klein- bis großerbsengroße Elemente von guter Turgeszenz. Auf der inneren Fläche sind drei analoge großerbsengroße Elemente vorhanden. Am mittleren Oberschenkeldrittel auf der vorderinneren Fläche wird deutlich palpiert und mit dem Auge unterschieden ein Wall, der über der Haut prominiert, 10 cm Breite und eine feste Beschaffenheit hat und dem Oberschenkel manschettenartig aufliegt. An der hinteren Oberfläche bei der Kniekehle ist ein Element von gutem Turgor vorhanden. Der Unterschenkel ist frei. An der vorderen Oberfläche des Fußgelenkes auf der anscheinend gesunden Haut sitzen im Halbkreis drei mittelerbsengroße Elemente von gutem Turgor.

2. Links: Relativ symmetrisch sitzen auf der Vorderfläche des oberen Oberschenkeldrittels auf einer stark ödematösen Haut vier großerbsengroße Elemente von fester Konsistenz. In der Mitte des Oberschenkels auch auf der vorderen Oberfläche sind zwei analoge Elemente vorhanden, auf der inneren Fläche ein Element (ist biopsiert worden). Auf der hinteren Oberfläche bei der Kniekehle sitzt ein festes großerbsengroßes Element.

Der Unterschenkel und der Fuß sind frei.

Bei der gynäkologischen Untersuchung (per rectum) ist notiert worden, daß der Uterus unvollkommen entwickelt und etwa 4 cm groß ist. Die sekundären Geschlechtszeichen sind schwach entwickelt: die Brustdrüsen sind klein, der Haarwuchs am Pubis und unter den Achseln ist gering (Gologowsky).

Bei der Röntgenoskopie der Glandula thymus war keine Vergrößerung gefunden.

Die WR vor der Behandlung war ++++.

Die Blutuntersuchung ergab: Hämoglobin 48%, die Erythrozytenzahl 4600000, Leukozytenzahl 7200. Die Beziehung der weißen Blutkörperchen zu den roten ist 1 : 640. Der Farbenindex 0,52. Bei der mikroskopischen Untersuchung des frischen Bluttropfens ist notiert worden: die Erythrozyten haben keine gleiche Form und Größe, sind vom Hämoglobin nur schwach gesättigt. Das Vermögen Münzenschichten zu bilden ist deutlich ausgeprägt. Die mikroskopische Untersuchung der gefärbten Präparate ergab: Erythrozyten — eine ausgeprägte Anysozytose, oft Mikrozyten, eine mäßige Anysochromasie und Polychromasie, eine geringe Zahl der Poikilozyten, keine Normo- und Megaloblasten, keine verminderte Zahl der Blutplättchen. Leukozytenformel: Neutrophile 62,0%;

Digitized by Google

Eosinophile 4%; Lymphozyten (große und kleine) 27%; Meta- und Myelozyten 1%; Übergangsformen 6%.

Harnuntersuchnng (Analyse 1): Das spezifische Gewicht 1,030; Eiweiß 30,0‰ nach BRANDBERG. Mikroskopisch: Zylinder a) hyaline, breite und schmale, meistenteils reine, seltener mit Beimengung von einer kleinen Zahl von fettig degenerierten Nierenepithelzellen und vom kernigen Zerfalle derselben, b) kleinkernige (5—6 in jedem Gesichtsfeld) und c) sehr selten wachsartige.

Rote Blutkörperchen wenig verändert (in 2—3 Gesichtsfeldern).

Eine große Menge von kleinen Kristallen des Oxalatkalziums ist vorhanden.

Leukozyten sind in einer kleinen Menge vorhanden (2—3 in jedem Gesichtsfeld).

Die Bismut- und Neosalvarsanbehandlung war unterbrochen und Jodkalium war verordnet.

Analyse 2: Eiweiß 6,6‰ nach BRANDBERG, im übrigen dieselben Befunde; das spezifische Gewicht 1,019.

Analyse 3 (nach 2 Wochen): Eiweiß 10‰ nach BRANDBERG. Im übrigen dasselbe. Das spezifische Gewicht 1,026.

Das Ödem hat stark abgenommen. Die Behandlung mit Jodkali ist provisorisch aufgehoben.

Analyse 4 (1 Monat nach der beendeten Injektionsbehandlung): Eiweiß 5,1‰ nach BRANDBERG; das spezifische Gewicht 1,025; im übrigen eine geringe Verminderung der Zylinderzahl.

Das Ödem der unteren Extremitäten hat wieder zugenommen. Ein Ödem der oberen Lider ist vorhanden.

Die histologische Untersuchung des Knötchenhautstückchens, welches an der inneren Oberfläche des linken Oberschenkels ausgeschnitten war, ergab folgendes: das Deckepithelium ist von ungleicher Dicke, die oberen Schichten sind sklerosiert; die Papillen sind stellenweise abgeplattet oder atrophiert, auch ist dort die Schicht des Deckepithels dünner; die Faserbündel des Bindegewebes in den oberflächlichen Schichten des Koriums sind dicker und fester, arm an Zellelementen; das Stratum reticulare ist auch abgeplattet; außerdem sind die Bindegewebsfasern überhaupt von leeren Räumen aufgelöst; die Arterienwände sind etwas verdickt; stellenweise sind die lymphatischen Gefäße erweitert; kein frisches Entzündungsinfiltrat ist vorhanden. Die Thioninfärbung auf Schleim fällt negativ aus (KWIATKOWSKY).

Ein Knötchen an dem rechten Oberschenkel war aspiriert, es trat ein bläulich-weißer Tropfen hervor (leider ist die Untersuchung in den Verhältnissen der poliklinischen Arbeit nicht gelungen). Gleich am folgenden Tage bekam das Knötchen von neuem sein früheres Aussehen.

Der in Frage stehende Fall ist von uns als Nephrose diagnostiziert worden nach der VOLHARD-FAHRschen Klassifikation. Was die Ätiologie anbetrifft, so muß berücksichtigt werden, daß die Kranke sich an uns erst nach 11 Bismut- und 2 Neosalvarsaninjektionen wandte. Nun ist die Frage zu entscheiden, ob diese Nephrose syphilitischen oder medikamentösen Ursprunges sei. Über die (gummöse) Syphilis der Nieren äußert sich S. P. THEODOROFF folgendermaßen: „Die Nierensyphilis gibt keine charakteristischen klinischen Erscheinungen, und die Diagnose wird entweder per exclusionem gestellt oder auf Grund anderer syphilitischer Erscheinungen, besonders in der Leber, in der Milz und den Knochen.“ „Die WR kann auch zur Diagnosestellung beitragen.“

In unserem Falle spricht zugunsten der Syphilisdiagnose: das hohe spezifische Gewicht des Harnes, der konstante und große Eiweißgehalt des Harnes (30—5‰), sowie auch die langsame Erniedrigung des Ei-

Digitized by Google

weißgehaltes, das Vorhandensein von anderen syphilitischen Erscheinungen (die Gumma an der hinteren Rachenwand, die beträchtliche Lebervergrößerung), die positive WR, der Einfluß des Jodkali und die Anamnese.

Gegen den medikamentösen Ursprung dieser Nephrose sprechen die obigen Ausführungen, weiter das gute Allgemeinbefinden, die Arbeitsfähigkeit der Kranken, die Abwesenheit von anderen Spuren der toxischen Schädigung, die wenig wechselnden Befunde im Harn während der fast zweimonatigen Beobachtungszeit.

Nach Schlesinger gibt es keine Heilung der syphilitischen Nephrose, es kann nur eine beträchtliche funktionelle Verbesserung stattfinden. Hiermit sind wir zu der Diagnose der Syphilisnephrose geneigt.

Es war aber nicht der Fall der Syphilisnephrose, welcher naturgemäß an und für sich eines gewissen Interesses nicht mangelte, der uns zu der Beschreibung anregte. Wir interessierten uns besonders für den erwähnten eigenartigen Ausschlag, welcher schon vom ersten Blicke an zugunsten einer Ausdehnung der lymphatischen Spalten und Räume sprach.

Seinem klinischen Bilde nach erinnerte uns lebhaft dieser Ausschlag auf der ödematösen und anscheinend gesunden Haut an den Fall, der von S. S. Jacovleff-Odessa als Lymphangiectasia cutis localis beschrieben war. Möglicherweise auch erinnert sein klinisches Bild an die Fälle von Lewtschenkoff, Bogroff-Krupnikoff, Tryb, Dösseker u. a., jedoch die histologische Untersuchung unseres Falles bestätigt es nicht. In Jacovleffs Fall handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen, das nach einer akuten Gelenksschwellung und einem Ödem des Gesichtes und des ganzen Körpers einen halsbandartigen Ausschlag auf dem oberen Teile des Rumpfes und teils auch am Halse und in dem Genickgebiet bekam; der Ausschlag bestand aus glänzenden, perlmutterfarbenen, länglichen, ausgedehnten Knötchen, die, obgleich fest, den Anschein hatten, als ob sie mit einer opaleszenten Flüssigkeit gefüllt wären. Wenn dauernd gerieben in der Richtung nach den Lymphdrüsen, verschwinden langsam die Knötchen, um dann ebenso langsam aufs neue zu erscheinen. Leider war keine histologische Untersuchung vorgenommen. Bei der Röntgenoskopie erschien die Glandula thymus vergrößert; gleich aber nach einigen Bestrahlungen derselben verschwand der Ausschlag. Der Verfasser betrachtet seinen Fall als eine Lymphangiectasia cutis localis; das Ödem des ganzen Körpers war, seines Erachtens, „endokrinen Ursprungs, also war das klinische Bild des Ausschlags mit der Erweiterung der lymphatischen Gefäße der Haut verbunden".

Der in unserem Falle vorhandene Infantilismus spricht zugunsten eines frühen Befallenseins des Endokrindrüsensystems, augenscheinlich syphilitischen Ursprunges.

Weil ja bei unseren Kranken eine Nephrose festgestellt war und weil jedes Ödem eine Art von Lymphkreisstörung ist (Cabanoff u. a.), glauben wir den Ausschlag in der Frage als eine eigenartige Ausdehnung der Zwischenräume in der ödematösen und anscheinend gesunden Haut durch die Ödemflüssigkeit betrachten zu können. Dafür spricht auch die vorgenommene histologische Untersuchung und der klinische Verlauf des Ausschlages. (Der Übergang der Elemente in die welken Knötchen

Digitized by Google

und in die Gebiete der gefalteten Haut ist als eine Folge der Verminderung und des Verschwindens der ödematösen Flüssigkeit zu betrachten.)

Dergleichen Fälle der syphilitischen Schädigung des lymphatischen Apparates sind seit längst wohl bekannt. Es soll aber hinzugefügt werden, daß Knötchen, die ganz dem erwähnten Ausschlag gleichen, manchmal auch bei der Elephantiasis nostras (konstantes Ödem) der Haut der unteren Extremitäten beobachtet werden können (Jacovleff).

Im Zusammenhang mit der obigen Ausführung glauben wir die erwähnten kutanen Erscheinungen als Lymphangiectasia cutis nodularis disseminata betrachten zu dürfen.

Literatur

1. Jacovleff, Russki Westnik Derm., 1924, Bd. 1. — 2. Bogroff und Krupnikoff, Klinitscheskaja Medizina, 1923, Nr. 5—6, S. 31. — 3. Bogroff und Krupnikoff, Arch. f. Derm., Bd. 147. — 4. Lewtschenkoff, Russki Jurnal Kojnich i vener. bolesniej, 1910. — 5. Theodoroff, Die Chirurgie der Nieren und der Harnleiter, Bd. 4 (russisch). — 6. Cabanoff, Klinitscheskaja Medizina, 1923, Nr. 5—6. — 7. Dössekker, zit. nach Bogroff-Krupnikoff, Arch. f. Derm. — 8. Trye, Arch. f. Derm., Bd. 143. — 9. Sittmann, Aus Mulzers Handb. f. Syph., redigiert von Iwanoff (russisch). — 10. Volhard und Fahr, Brightsche Krankheit, 1923 (russisch). — 11. Schlesinger, Syphilis und innere Medizin, Bd. 2.

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Warschau
(Direktor: Prof. Dr. Fr. Krzysztalowicz)

Weitere Erfahrungen über die Wirkung intramuskulärer Ichthyolinjektionen bei gonorrhoischen Komplikationen und bei anderen Erkrankungen der Harnwege

Von

Dr. Adam Straszyński, Assistent der Klinik, und Dr. Gabriel Nowicki

Die intramuskuläre Anwendung des Ichthyols in 2%iger wässeriger Lösung ist 1925 durch einen von uns (1) zum ersten Male angewendet worden; und zwar bei verschiedenen Hauterkrankungen und bei gonorrhoischen Komplikationen. Während bei Hauterkrankungen eine deutliche Wirkung dieser Injektionen nicht festgestellt werden konnte, waren die Erfolge bei gonorrhoischen Komplikationen doch recht gut, so daß wir uns veranlaßt sahen, diese Therapie an einem größeren Material der verschiedensten gonorrhoischen Komplikationen auszuprobieren und systematische Versuche bei anderen Erkrankungen der Harnwege anzustellen, u. a. bei Zystitis und Pyelitis verschiedener Ätiologie.

Mit Ausnahme von wenigen hartnäckigen Fällen, die sich auch jeder anderen Therapie gegenüber refraktär verhielten, waren die Erfolge recht zufriedenstellend.

Bei unseren Versuchen haben wir eine sterile, wässerige 2% Lösung von Ammonium sulfo-ichthyolicum angewendet, die nach unserer Vorschrift von der Firma L. Spieß u. Sohn in Warschau in Ampullen zu 3ccm geliefert wurde. Diese Lösung haben wir intraglutäal, in einer

Digitized by Google

Menge von 1—3 ccm, jeden 2.—3. Tag injiziert. In keinem Falle haben wir irgend welche lokale Reaktion gesehen, mit Ausnahme von schnell vorübergehendem Brennen während der Injektion. Ebenso wurden auch keine Allgemeinsymptome beobachtet, wie Temperatursteigerung, Schüttelfrost, Kopfschmerz, Abgeschlagenheit, Albuminurie usw., die bei der parenteralen Anwendung von Milch, Vakzinen usw. die Regel sind.

In einem Fall von Albuminurie haben wir sogar eine günstige Wirkung der intramuskulären Ichthyolinjektionen feststellen können (Fall 7). Bekanntlich ist die intravenöse Anwendung von Urotropin bei Pyelitis kontraindiziert, wenn gleichzeitig Albuminurie besteht, — so daß wir auch in diesen Fällen im Ichthyol ein gut brauchbares Präparat haben. In vielen Fällen haben wir nach intramuskulären Ichthyolinjektionen eine deutliche Besserung des Allgemeinbefindens beobachtet.

Unser Material betrifft 81 Fälle von gonorrhoischen Komplikationen und anderen Erkrankungen der Harnwege, die wir der besseren Übersicht halber in 3 Gruppen angeben.

1. 18 Fälle von Urethritis gonorrhoica posterior acuta

Um sich ein besseres Bild über die Heilerfolge machen zu können, teilen wir diese Go-Fälle in 2 Gruppen ein:

a) 7 Fälle, in denen mit der üblichen lokalen Behandlungsweise keine Besserung erreicht wurde, und bei denen anschließend lediglich nach intramuskulären Ichthyolinjektionen Besserung eintrat.

In 4 von diesen Fällen erfolgte schon nach 2—3 Injektionen eine deutliche subjektive Besserung, der Harndrang ließ nach, und nach weiteren Injektionen (zusammen 5—8) verschwanden alle Symptome einer Urethritis posterior; die zweite Urinportion hellte sich zusehends auf.

In den übrigen 3 Fällen sahen wir eine vorübergehende Besserung, nach der sich jedoch der Zustand verschlimmerte; so trat in 2 Fällen eine heftige Hämaturie ein, die höchstwahrscheinlich auf unzweckmäßiges Verhalten der Kranken zurückzuführen ist.

b) 11 Fälle, in denen gleichzeitig intramuskuläre Ichthyolinjektionen und lokale Behandlung (Instillationen und Janetsche Spülungen) angewendet wurden, in denen jedoch die vorangegangene ausschließliche lokale Behandlung keine Besserung gab. In diesen sehr hartnäckigen, durch lokale Behandlung nur wenig beeinflußbaren Fällen trat nach gleichzeitiger Anwendung von intramuskulären Ichthyolinjektionen sehr häufig eine deutliche Besserung ein, und ferner hatten wir den Eindruck, daß die Ichthyolinjektionen den weiteren Verlauf der Gonorrhoe günstig beeinflußten. In der Mehrzahl dieser Fälle verschwanden im Laufe der weiteren Behandlung die Gonokokken sehr bald aus dem Sekret, und nach verhältnismäßig kurzer Zeit konnten wir mit der Behandlung aussetzen und zur Provokation übergehen.

2. 48 Fälle von Epididymitis und 4 Fälle von Prostatitis gonorrhoica

Wir können behaupten, daß bei gonorrhoischen Komplikationen dieser Art die intramuskulären Ichthyolinjektionen die besten und schnellsten Erfolge geben. In der Mehrzahl der Fälle, namentlich bei Epidi-

Digitized by Google

dymitis, ließ die Schmerzhaftigkeit des erkrankten Nebenhodens schon nach der ersten Injektion nach, und die Schwellung ging zurück. Nach 4—5 Injektionen trat sehr häufig eine derartige Besserung ein, daß die lokale Behandlung wieder aufgenommen werden konnte.

Diese guten und schnellen Erfolge sahen wir in 41 von 48 Fällen von Epididymitis; in den übrigen 7 Fällen trat keine deutliche Besserung ein. Hinzugefügt sei noch, daß in diesen Fällen auch nach anschließend durchgeführten Injektionen von Vakzinen oder Milch ebenfalls keine deutliche und prompte Besserung eintrat.

In den 4 Fällen von akuter Prostatitis konnten wir ein schnelles Nachlassen der Schmerzhaftigkeit feststellen, und nach 5—8 Ichthyolinjektionen konnten wir zur lokalen Behandlung (Janetsche Spülungen, Massagen usw.) übergehen.

3. 11 Fälle von Cystitis acuta et chronica, Cystopyelitis und Pyelonephritis

Die oben genannten Krankheitsformen sind nach Ansicht vieler Verfasser [Gohrbrandt (2), Helmuth Simon (3), Perineau (4), Michon (5), Castaigne (5)] nicht als einheitliche Krankheitsbilder anzusehen, und die pathologisch-anatomischen Begriffe dieser Erkrankungen sind nicht immer ganz klar, zumal diese Fälle im akuten Stadium nur selten zur Sektion gelangen. Daher kann man auch nicht entscheiden, ob man es nur mit einer Pyelitis zu tun hat, oder ob auch das Nierenparenchym mitergriffen ist. Gohrbrandt z. B. kommt auf Grund seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen zu der Überzeugung, daß es eine isolierte Pyelitis nicht gibt, sondern daß fast immer zum mindesten histologische Veränderungen im Nierenparenchym vorhanden sind.

Im folgenden geben wir kurz die Krankengeschichten dieser Fälle an, sei es mit positivem oder negativem Heilerfolg:

Fall 1. Karolina W., 40 Jahre. Urethro-cysto-ureteritis chronica. Seit mehreren Jahren Harnbeschwerden: Harndrang, Schmerzen und Brennen bei der Miktion. WR ++++, wußte bis dahin nichts von einer Infektion; seit 2 Jahren in spezifischer Behandlung. Katheterharn trüb, Reaktion sauer, im Sediment reichlich Leukozyten und Bakterien (vorwiegend Staphylokokken). Zystoskopisch: Schleimhaut geschwollen, besonders im Gebiet des Trigonum, Gefäßkonturen verwaschen, Sphinkter im unteren Teil stark geschwollen. Uretermündungen leicht gerötet, der ausgestoßene Urin ist klar.

Da nach zweiwöchentlicher lokaler Behandlung keine Besserung eintrat, wurden 3 cm³ einer 2% Ichthyollösung intramuskulär injiziert. Nach 5 Tagen hellte sich der Urin auf; 2. Ichthyolinjektion. Nach weiteren 2 Tagen Urin völlig klar, Harndrang hat nachgelassen; 3. Ichthyolinjektion; und nach wiederum 2 Tagen hat der Harndrang völlig nachgelassen, Patientin läßt Urin dreimal am Tage ohne Schmerzen, der Urin ist völlig klar; 4. Ichthyolinjektion.

Es besteht nur noch ein leichtes Brennen bei der Miktion, das lokal behandelt wird. Vor der Entlassung aus der Behandlung wird noch die 5. Ichthyolinjektion verabfolgt. Wiederholte Nachuntersuchungen, die letzte 2 Monate nach abgeschlossener Behandlung, ergaben ein Anhalten der Besserung.

Fall 2. Kazimierz L., 40 Jahre. Cysto-pyelo-nephritis chronica. Seit 4 Monaten Harnbeschwerden: Inkontinenz, erschwerte Miktion, Harndrang und Schmerzen in der unteren Bauchgegend. 1917 luetische Infektion. Fehlen der Patellar- und Achillessehnenreflexe, Argyll-Robertson + (Dysuria tabetica?). Ist in spezifischer ambulatorischer Behandlung.

Beide Harnportionen trüb, Reaktion sauer; im Sediment reichlich Leukozyten und Bakterien.

Digitized by Google

Urethra und Adnexe o. B. Restharn von 100 cm³. Nach innerer Darreichung von Secale corn. und Belladonna keine Besserung. Zystoskopisch: Schleimhaut geschwollen und gerötet, Gefäßzeichnung verwaschen, linke Uretermündung geschwollen; der ausgestoßene Urin auf dieser Seite ist trüb. Patient bekommt per os Methylenblau und jeden 2. Tag Methylenblauinstillationen.

Nach 2 Monaten Zustand unverändert, ebenso nach intravenösen Urotropininjektionen. Am 26. Januar erste Ichthyolinjektion, 3 cm³ intramuskulär. 28. Januar zweite Urinportion hellt sich auf, zweite Ichthyolinjektion. 31. Januar dritte Ichthyolinjektion. 4. Februar erhebliche subjektive Besserung; der Harndrang hat nachgelassen, Miktion unbehindert, beide Urinportionen fast klar, vierte Ichthyolinjektion. Nach weiteren 4 Ichthyolinjektionen sind am 23. Februar beide Urinportionen völlig klar, keinerlei subjektive Beschwerden.

Fall 3. Roman M., 19 Jahre. Urethro-cystitis gonorrhoica. Vor 8 Wochen akute Gonorrhoe; seit 4 Wochen heftiger Harndrang (läßt Urin alle 15—20 Minuten), terminale Schmerzen. Im Sekret reichlich Leukozyten und Gonokokken. Beide Harnportionen trüb, Reaktion alkalisch. Therapie: Calc. chlorat. innerlich; lokal: Instillationen von 3%iger Resorzinlösung.

Nach einigen Tagen keine nennenswerte Besserung; es wird zur Behandlung mit intramuskulären Ichthyolinjektionen übergegangen. Nach 3 Injektionen wesentliche Besserung; nach der 4. Injektion ist die zweite Urinportion völlig klar. Nach weiteren Injektionen (zusammen 7) hellt sich auch die erste Urinportion auf, und die lokale Behandlung wird fortgesetzt.

Fall 4. Juljan D., 23 Jahre. Cystoureteritis acuta. Seit längerer Zeit Harndrang und Brennen bei der Miktion. Beide Urinportionen trüb. Zystoskopisch: Cystitis catarrhalis, besonders Trigonitis mit Schwellung der Uretermündungen. Der ausgestoßene Urin ist klar.

Nach 4 Ichthyolinjektionen hellt sich die 2. Urinportion auf; Nachlassen der subjektiven Beschwerden. Nach der sechsten Ichthyolinjektion ist nur noch die erste Urinportion leicht trüb. Zystoskopisch lassen sich nur Spuren eines überstandenen Katarrhs feststellen.

Fall 5. Marjan K., 26 Jahre. Urethritis et cystitis postgonorrhoica. Vor 2 Jahren Go., war längere Zeit in Behandlung. Seitdem ständig „bon-jour-Tropfen". Seit 5 Wochen Harndrang und Schmerzen in der Blasengegend; beide Urinportionen trüb. Zystoskopisch: Cystitis acuta.

Neben Ichthyolinjektionen wurden Blasenspülungen mit 1‰ $AgNO_3$ vorgenommen. Nach der 7. Ichthyolinjektion sind beide Urinportionen klar, keine subjektiven Beschwerden. Derselbe Befund nach einem Monat.

Fall 6. Wincenty G., 30 Jahre, Geistlicher. Pyelonephritis. Kam im März d. J. in unsere Behandlung, nachdem er längere Zeit hindurch Urotropin intravenös bekommen hatte. Seit Mai vorigen Jahres bestehen Schmerzen in der Nierengegend, der Urin ist trüb. Läßt 10—12 mal am Tage Urin. Seit längerer Zeit Gesichtsödem. Wiederholte Urinuntersuchungen ergaben reichlich Leukozyten und deutliche Spuren von Eiweiß. Spez. Gewicht 1010—1020, keine Zylinder.

Zystoskopie wurde vom Patienten abgelehnt. Nach 2 Ichthyolinjektionen ließen die subjektiven Beschwerden völlig nach, der Urin hellte sich auf. Nach der 4. Ichthyolinjektion ist die zweite Urinportion klar.

Nach 6 Wochen klagte Patient wieder über leichte Schmerzen in der Kreuzgegend. Im Urin kein Eiweiß, im Sediment vereinzelte Leukozyten und reichlich amorphe Kalziumsalze. Auf Wunsch des Patienten wurden 4 weitere Ichthyolinjektionen verabfolgt. Das subjektive Befinden war ausgezeichnet, ebenso nach 2 Monaten.

Fall 7. Ludwik J., 23 Jahre, Stud. med. Albuminuria orthostatica s. lordotica. 194 cm groß, Körpergewicht 76 kg. Seit mehreren Monaten Schmerzen in der Lendengegend, zumal wenn Patient lange sitzt. Hypochonder; hält ständig eine vom Internisten angeratene eiweiß- und salzarme Diät ein. Urin trüb, spez. Gewicht 1015, Spuren von Eiweiß (0,2—0,3‰). Im Sediment Leukozyten, ausgelaugte Erythrozyten und gekörnte Zylinder. Patient behauptet, daß die Albuminurie (er untersucht täglich selbst seinen Urin) nicht ständig vorhanden ist, aber fast täglich nach körperlichen Anstrengungen, Eisenbahnfahrt oder längerem Sitzen auftritt.

Patient wird angewiesen, keinerlei Diät einzuhalten. Es wird die erste Ichthyolinjektion verabfolgt. Zwei Tage darauf ist der Urin (die Untersuchung wurde nach einer Eisenbahnfahrt vorgenommen) frei von Eiweiß. Nach der 2. Ichthyolinjektion haben

Digitized by Google

die Schmerzen in der Lendengegend nachgelassen. Nach der 5. Ichthyolinjektion ist in der Zeit vom 14. April bis 11. Mai bei täglicher Urinuntersuchung nur zweimal Eiweiß im Urin festgestellt worden, einmal nach starker Ermüdung, das andere Mal nach einer nervösen Erschütterung. Die Schmerzen haben völlig nachgelassen. Zwei Wochen nach beendeter Behandlung ist der Urin frei von Eiweiß, das subjektive Befinden ist gut.

Fall 8. Michalina O., 38 Jahre, verheiratet. Cysto-pyelo-nephritis colibacillosa. Adipositas. Seit 15 Jahren Schmerzen in der Nierengegend, besonders links, Harndrang und Schmerzen bei der Miktion; kann den Urin nur schwer halten, der bei körperlichen Anstrengungen, beim Husten, Lachen usw. spontan abgeht. Wiederholte Untersuchungen ergaben einen trüben Urin von saurer Reaktion, spez. Gewicht von 1010—1012, mit deutlichen Spuren von Eiweiß. Im Sediment reichlich Leukozyten und eine sehr reichliche Flora von Kolibazillen. Die linke Niere und Uretergegend ist druckempfindlich. Röntgenologisch: Ectasia aortae, Hypertrophia cordis praec. sin., rechte Niere vergrößert, keine Konkremente. Zystoskopisch: diffuse Rötung der Blasenschleimhaut, besonders in der Sphinktergegend, beide Uretermündungen stark geschwollen. Der ausgestoßene Urin der rechten Seite ist trüb und enthält Filamente; links trüber Urin ohne Filamente.

Bisherige Behandlung: Urotropin und Methylenblaulösung intravenös, Nierenbeckenspülungen mit $AgNO_3$, — keine Besserung.

Nach 5 Ichthyolinjektionen haben die Schmerzen in der Nierengegend nachgelassen, Patientin kann den Urin ohne Mühe halten, das subjektive Befinden ist gut. Der Urin ist ständig trüb, enthält reichlich Leukozyten und Spuren von Eiweiß; Kolibazillen lassen sich nicht mehr nachweisen. Nach 4 weiteren Ichthyolinjektionen ist eine weitere subjektive Besserung eingetreten, und vor allem kann Patientin den Urin jetzt beliebig lange halten. Der Urin ist immer noch trüb, enthält Leukozyten und Spuren von Eiweiß; die vorher in sehr großer Anzahl vorhanden gewesenen Kolibazillen lassen sich nicht mehr nachweisen.

Fall 9. Józef S., 38 Jahre. Urethro-cysto-pyelitis. Im Jahre 1912 und 1918 Go., seit dem Oktober 1925 Brennen in der Harnröhre, heftiger Harndrang, trüber Urin. Aus der Harnröhre läßt sich schleimig-eitriges Sekret gewinnen mit zahlreichen Leukozyten und einer banalen Flora; Gcc.: 0. Ungefähr in der Mitte der vorderen Harnröhre bestand eine Striktur, die so weit behoben wurde, daß eine Zystoskopie vorgenommen werden konnte. Zystoskopisch: Blasenschleimhaut gerötet, beide Uretermündungen geschwollen, trüber Urin aus beiden Ureteren.

Nach 3 Ichthyolinjektionen hellt sich der Urin etwas auf; indessen wird nach weiteren (zusammen 7) Ichthyolinjektionen keine Besserung festgestellt; ebenso nach 5 intravenösen Injektionen einer 40%igen Urotropinlösung und nach 5 ebenfalls intravenösen Injektionen von Methylenblaulösung. Erst nach gleichzeitiger Anwendung von Calc. chlorat. intravenös und Ichthyol intramuskulär trat eine geringe Besserung ein, und es wurde zur lokalen Behandlung der Nierenbecken übergegangen.

Fall 10. Konstanty L., 25 Jahre. Urethro-cysto-pyelitis gonorrh. Vor 2 Jahren Go. Seit Oktober 1926 Harndrang. Beide Urinportionen trüb, Reaktion alkalisch, Gonokokken im Harnröhrensekret +. Zystoskopisch: Blasenkapazität verringert, Schleimhaut leicht gerötet, rechte Uretermündung weit klaffend, Ureterurin beiderseits trüb.

Nach 4 Ichthyolinjektionen geringe Besserung, einige Tage darauf heftiger Harndrang und Hämaturie. Nach einiger Zeit ließen diese heftigen Beschwerden nach, und es wurde zur lokalen Behandlung übergegangen.

Fall 11. Waclaw W., 49 Jahre. Strictura urethrae, Diverticulum vesicae infectum. Seit längerer Zeit erschwerte Miktion, Harndrang, Schmerzen in der Blasen- und Dammgegend, Harnträufeln. Beide Urinportionen trüb, von unangenehmem Geruch. Die Striktur ist so hochgradig, daß anfangs nur eine filiforme Sonde hindurchgeht. Langsame Erweiterung der Striktur.

Nach 4 Ichthyolinjektionen hat sich der Urin aufgeklärt, der unangenehme Geruch ist verschwunden. Die Striktur ist so weit dilatiert, daß Nr. 27 (Charier) ohne Schwierigkeit hindurchgeht, und es wird eine Zystoskopie vorgenommen: Blasenschleimhaut o.B., der Sphinkter zeigt Anzeichen einer beginnenden Prostatahypertrophie, Ureterenmündungen o. B., Urin beiderseits klar. Medial und hinter der rechten Uretermündung befindet sich eine fingerkuppengroße Öffnung, die in eine Bucht führt. Aus ihr entleert sich von Zeit zu Zeit trüber Urin mit reichlichen Filamenten.

Digitized by Google

Bekanntlich lassen sich derartige Leiden medikamentös in keiner Weise beeinflussen, ein Erfolg ist nur von einem chirurgischen Eingriff zu erwarten. Patient erhielt nach der Zystoskopie noch 2 intramuskuläre Ichthyolinjektionen und hat sich der Beobachtung entzogen.

Aus den angeführten Krankengeschichten geht hervor, daß die intramuskulären Ichthyolinjektionen auf verschiedenartige Erkrankungen der Harnwege günstig einwirken. Nur in einem Fall (10) trat, wie bereits oben erwähnt, eine Verschlimmerung ein. In anderen Fällen (8, 9, 11) trat nur eine subjektive Besserung ein, da aber in diesen Fällen andere Behandlungsmethoden (wie intravenöse Urotropin- und Methylenblauinjektionen und lokale Behandlung) ebenfalls ohne Erfolg waren, kann man annehmen, daß wir es mit einer Gruppe besonderer Erkrankungen der Harnwege oder auch der Niere selbst zu tun hatten, bei denen die entzündlichen Symptome nur eine Nebenerscheinung waren und die ständige Pyurie durch tiefere pathologisch-anatomische Veränderungen bedingt war. Auf diese Veränderungen ist in den letzten Jahren von den Klinikern und den pathologischen Anatomen hingewiesen worden, und heute stehen wir auf dem Standpunkt, daß diese Veränderungen darauf beruhen, daß die Niere und die Harnwege, besonders das Nierenbecken, auf Grund chronischer Reize verschiedener Art die Rolle der blutbildenden Organe auf sich nehmen, eine Funktion, die diesen Organen normalerweise nur während des embryonalen Lebens zukommt.

Aus verschiedenen klinischen und experimentellen Arbeiten [Hainz Lewin (8), E. Färber (9) u. a.] geht hervor, daß bei einer ganzen Reihe von Erkrankungen der Harnwege (Nephrolithiasis, Hydronephrosis infecta, Pyelitis usw.) sich während verschiedener Krankheitsstadien in der Wand der Nierenbecken Lymphknötchen bilden, die mit einem entzündlichen lymphatischen Gewebe nichts gemein haben und als Quelle der ständigen Beimengung von lymphatischen Zellen im Urin anzusehen sind. Nach Ansicht Jacobys kann die Pyurie ständig fortbestehen, sogar nach Beseitigung der die Entzündung bewirkenden Faktoren. Möglicherweise trifft das auch für unseren Fall 8 zu, in dem nach den Ichthyolinjektionen die Kolibazillen aus dem Urin verschwanden, die Pyurie dagegen unverändert fortbestand.

Besonders hervorzuheben ist, daß unter Einwirkung der intramuskulären Ichthyolinjektionen die subjektiven Symptome (Schmerzen, Harndrang und Miktionsstörungen) besonders schnell nachließen.

Wir müssen wohl annehmen, daß die guten Erfolge der intramuskulären Ichthyolinjektionen nicht allein auf die antiseptische Wirkung des Ichthyols zurückzuführen sind, wir können vielmehr vermuten, daß hier folgende Faktoren eine Rolle spielen:

1. Wie bereits in einer früheren Arbeit erwähnt wurde (1) ist es möglich, daß das Ichthyol dank seiner organischen Schwefelverbindungen bei intramuskulärer Anwendung ähnlich wirkt wie die parenteral angewendeten Eiweißkörper bzw. Kolloide (Reiztherapie). In diesem Sinne hat sich auch während der Diskussion über unsere Arbeit auf der 5. Versammlung der Polnischen Dermatologischen Gesellschaft in Wilna (5. Juni 1927) Prof. Szymański ausgesprochen, der über günstige Erfolge der

Digitized by Google

intramuskulären Ichthyolinjektionen bei Iritis und Iridocyclitis gonorrhoica berichtete.

2. Ferner kann man annehmen, daß die intramuskulären Ichthyolinjektionen auf den Tonus des vegetativen Nervensystems und somit auf die endokrinen Drüsen einwirken. Auf diese Weise könnte man das schnelle Nachlassen aller subjektiven Symptome und der Miktionsstörungen erklären.

3. Schließlich wäre noch an eine Möglichkeit zu denken, nämlich daß die im Ichthyol enthaltenen Sulfogruppen im Organismus in antiseptisch wirkende Verbindungen übergehen, ähnlich wie es beim Urotropin der Fall ist.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß wir wegen unserer bisherigen ungenügenden Kenntnisse über die chemischen Eigenschaften des Ichthyols zur Zeit kein Mittel besitzen, das uns zum Nachweis des Ichthyols im Organismus dienen könnte und daher auch Untersuchungen über die Ausscheidung des Ichthyols mit dem Urin nicht anstellen konnten. Prof. Dr. ing. Adam Koss, Leiter des technologischen Arzneimittelinstituts der Warschauer Universität, war so liebenswürdig, uns seine Mitarbeit zur Klärung aller chemisch-technischen Fragen zuzusichern, zumal unter seiner Leitung mit der Herstellung von Ichthyol aus inländischem, im Gebiet der Boryslawischen Petroleumquellen gefundenem bituminösem Schiefer begonnen worden ist.

Literatur

1. Straszyński, A., Polska Gazeta Lekarska, 1925, Nr. 44 und Derm. W., 1926, Bd. 82, Nr. 24. — 2. Gohrbrandt, Virch. Arch., 1926, Bd. 259, S. 269. — 3. Helmuth Simon, Zschr. f. Urol., 1927, Bd. 21, H. 5. — 4. Perineau, J. d'Urol., 1912, Bd. 1, S. 663. — 5. Michon, Enc. fr. d'Urol., Paris-Doin, 1914, Bd. 1. — 6. Castaigne, Les malad. de reins, 1921. — 7. Jacoby, M., Zsch. f. Urol., 1927, Bd. 21, H. 4. — 8. Hainz Lewin, Zsch. f. Urol., 1927, Bd. 21, H. 4. — 9. Färber, E., Zsch. f. Urol., 1927, Bd. 21, H. 1.

Handbücher: Fränkel, S., Die Arzneimittelsynthese. J. Springer, Berlin 1921. — Hagers Handb. d. pharmaz. Praxis. J. Springer, Berlin 1920.

Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927?

Von

Prof. Dr. W. Hanauer in Frankfurt a. M.

Das am 1. Oktober in Kraft tretende Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ging im Gegensatz zur Verordnung vom 11. Dezember 1918 davon aus, die gesamte Materie umfassend zu regeln, es konnte daher an der Prostitution nicht haltmachen und nach jahrzehntelangen Diskussionen hat der Gesetzgeber auch hier mit entschlossener Hand zugegriffen.

Die Neuregelung des Prostitutionswesens, die das Gesetz vorsieht, gipfelt darin, daß die Reglementierung abgeschafft wird. Wir stehen damit an einem historischen Wendepunkt in der öffentlich-rechtlichen Behandlung der Prostitution. Da geziemt es sich einmal klarzumachen, was die Neuregelung bedeutet, wie die Rechtslage aussieht und welche Beeinflussungen dadurch die Prostitution und ihre Jüngerinnen erfahren, endlich wäre die Frage zu prüfen, ob und welche Wirkungen diese umstürzende Reform auf die Bevölkerung ausüben werde. Da die Reglementierung in Deutschland an das Ende

Digitized by Google

ihres Daseins gelangt ist, sei ein kurzer Rückblick auf ihre bisherige Geschichte und ihren Entwicklungsgang gestattet. Die neue Rechtslage wird besser verstanden werden, wenn wir die bisher gültige zum Vergleich heranziehen.

Wir werden daher in den folgenden Darlegungen behandeln:

1. die historische Entwicklung der Reglementierung,
2. die bisherige Rechtslage,
3. die neue Rechtslage,
4. die Wirkung auf die Prostituierten,
5. die voraussichtlichen Wirkungen auf die Bevölkerung.

1. Die historische Entwicklung der Reglementierung

Überblickt man die Geschichte der Prostitution und ihre wechselvollen Schicksale, so ergibt sich, daß die Prostitutionspolitik drei verschiedene Standpunkte eingenommen hat. Der älteste und erste war der, daß man an der Prostitution keinen Anstoß nahm, man hielt sie für gleichberechtigt, für unentbehrlich, ja die Dirnen wurden besonders geehrt und ausgezeichnet. Einer solchen Wertschätzung erfreuten sich die ältesten Formen der Prostitution, die regligiöse und gastliche.

König Salomon privilegierte sie. In Griechenland und Rom genossen die Hetären das größte Ansehen. Im Mittelalter besaßen die Dirnen in manchen Städten große Vorrechte, wurden mit dem Bürgerrecht beschenkt, wie u. a. in Frankfurt, und übten Zunftzwang aus. Den Wirten in den Frauenhäusern wurde in ihren Kontrakten auferlegt, dafür zu sorgen, daß stets die nötige Zahl von Frauen in den Frauenhäusern vorhanden seien. In Frankreich arbeiteten sich die Prostituierten allmählich zu einem vom Staat anerkannten Stande empor. Sie wurden mit Rechten und Privilegien ausgestattet.

An dieses System der Prostituiertenbehandlung schloß sich oft unvermittelt das andere Extrem an. Man sah in der Prostitution etwas Verwerfliches, man suchte sie mit Stumpf und Stiel auszurotten; wenn dies nicht möglich war, verfolgte man sie, bestrafte sie und ächtete sie. Der Gesetzgeber Moses schritt gegen die gewerbsmäßige Prostitution der Jüdinnen aufs schärfste ein. Energisch nahm den Kampf gegen die Prostitution auch das neu entstehende Christentum auf. Bei den alten Germanen war die Prostitution verpönt. Karl der Große unterdrückte sie und Kaiser Friedrich Barbarossa belegte sie mit barbarischen Strafen. Am Ausgang des Mittelalters und im Beginn der Neuzeit, namentlich seit der Reformation, wurde den Dirnen Verachtung zu teil. Man rechnete sie zu den unehrlichen Leuten und belegte sie mit entehrenden Strafen. Es bekam die Formel Gültigkeit: Die Unzucht ist ein Delikt und wird als solches bestraft. Strenge Vorschriften gegen die Prostitution und Unzucht enthielten die Gesetzbücher Karls des V. Ludwig XIV. von Frankreich ließ den mit Dirnen ertappten Soldaten die Ohren abschneiden. Einen erbitterten Kampf gegen die Prostitution führte Kaiserin Maria Theresia. Die Dirnen wurden im Arbeitshaus ausgepeitscht und gefoltert, wenn sie jemand angesteckt hatten.

Ein dritter gegenüber der Prostitution eingenommener Standpunkt war der, daß man in ihr zwar etwas Schädliches und Anstößiges sah, man hatte sich aber doch zu der Überzeugung durchgerungen, daß sie nicht auszurotten sei; man paktierte daher mit ihr, man suchte ihr die Giftzähne auszubrechen, man schloß sozusagen einen Vertrag mit ihr, wonach sie unter gewissen Voraussetzungen geduldet würde, das ist das System der Reglementierung.

Wenn man die Reglementierung in diesem weiteren Sinne auffaßt, so lassen sich ihre Anfänge bis ins Altertum zurückverfolgen. So war es nichts anderes als eine Art von Reglementierung, wenn in Athen die im Staatsbordell, dem Dicterion, gehaltenen Dirnen, soweit es ihnen in beschränktem Maße erlaubt war, auf der Straße zu erscheinen, dabei ein bestimmtes, sie kenntlich machendes Kostüm tragen und sich von bestimmten Orten fernhalten mußten. Unserer heutigen Polizeiaufsicht entspricht es, wenn in Rom die Prostituierten den Ädilen unterstanden und zur Anmeldung ihres Gewerbes gezwungen waren. Sie wurden in eine Liste eingetragen und erhielten damit die Licentia stupri; sie mußten sich durch ihre Kleidung von den ehrbaren Frauen kenntlich machen, durften nur eine Haube, eine blonde Perücke und rote Schuhe tragen. Ulpian sah die Prostitution als ein durchaus legales Geschäft an, das bestimmten polizeilichen Reglungen unterworfen war. Die Bordell- und Frauenhausordnung stellten schließlich auch nichts anderes als Prostitutionsreglements dar. Diese bezogen sich vor allem auch auf die

Digitized by Google

Kleidung, die Mädchen waren meist gehalten, besondere Kleidung oder Abzeichen zu tragen. Ludwig V. von Frankreich legalisierte die Existenz der Freudenmädchen in Frankreich. Als die Frauenhäuser aufgehoben wurden und es nur eine freilebende Prostitution gab, war man bedacht, die Kleidungsvorschriften streng durchzuführen.

Für die Frage der Reglementierung interessiert es, wieweit den Prostituierten bereits in früheren Zeiten Wohnungsbeschränkungen auferlegt wurden. Es scheint schon sehr früh die Tendenz bestanden zu haben, die Prostitution auf gewisse Stadtviertel und Straßen zu konzentrieren und sie von den besseren Stadtteilen fernzuhalten. In Paris wurden zur Zeit der Könige der Prostitution Wohnungsbeschränkungen auferlegt. Sie wollte überall ihr Quartier aufschlagen, daher bestand ein ständiger Kampf zwischen ihr und der Gewerbepolizei um das Wohnrecht. Die Dirnenhäuser dienten lediglich zur Ausübung ihres Gewerbes, während die Wohnungen davon abgesondert waren.

In Deutschland fanden die Prostituierten nach Aufhebung der Frauenhäuser, eine Maßnahme, die natürlich die Prostitution an sich nicht beseitigte, Aufnahme in die Bürgerhäuser, was in moralischer Hinsicht von Nachteil war.

Die ersten Hinweise auf die ärztliche Untersuchung der Dirnen finden sich am Ausgang des Mittelalters. Im Prostitutionsreglement für die Bordelle der Stadt Avignon von 1347 ist die Vorschrift enthalten, daß an jedem Sonntag die Vorsteherin und ein vom Rat bestimmter Wundarzt die Freudenmädchen untersuchen solle; die krank befundenen mußten abgesondert werden. In Frankfurt a. M. wird 1354 eine ärztliche Untersuchung der Dirnen durch den Stadtarzt erwähnt. Krank befundene werden in die Franzosenhäuser untergebracht. In Ulm wurden im 15. Jahrhundert die Dirnen durch die Hebammen untersucht. Das Aufkommen der Syphilis war von Einfluß auf die gesundheitliche Überwachung der Dirnen, und es erging ein Verbot an sie, mit Kranken zu verkehren. In Faenza wurde 1497 eine Dirne gebrandmarkt, die mit einem syphilitischen Manne Gewerbeunzucht getrieben hatte. Seit dem 18. Jahrhundert hat sich die ärztliche Untersuchung immer mehr ausgebreitet, in Berlin wurde sie in den Bordellen im Jahre 1700 eingeführt.

Die Reglementierung im heutigen Sinne, welches sich aus den 3 Komponenten: Einschreibung, Zwangsuntersuchung und -behandlung und einer Reihe sitten- und ordnungspolizeilicher Vorschriften zusammensetzt, führt auf Frankreich und das Ende des 18. Jahrhunderts zurück, und zwar wurde dabei der sanitäre Standpunkt besonders betont. Im Jahre 1796 wurde die Eintragung der Dirnen in eine amtlich geführte Liste angeordnet. 1828 nahm das System definitive Gestalt an und breitete sich auch auf Deutschland und die meisten europäischen Länder aus[1]).

2. Der bisherige Rechtszustand

Während im dänischen Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 30. März 1906 im § 1 klipp und klar die Aufhebung der Reglementierung dekretiert ist, wird man im deutschen Gesetz vergeblich nach einem solchen Paragraphen suchen. Wohl ist die Aufhebung der Bordelle und der Kasernierung klar ausgesprochen, das Wort „Reglementierung" kommt jedoch im ganzen Gesetz nicht vor. Die Aufhebung der Reglementierung ist vielmehr in § 16 III enthalten, der von der Abänderung des Strafgesetzbuches handelt.

§ 16 III besagt: § 161 Nr. 6 erhält folgende Fassung: Wer öffentlich usw.

Der § 361 des StGB., Ziffer 6 lautet: „Mit Haft wird bestraft eine Weibsperson, welche wegen gewerbsmäßiger Unzucht einer polizeilichen Aufsicht unterstellt ist, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt, oder welche, ohne einer Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht betreibt." Dieser Paragraph bildet die gesetzliche Grundlage für die Reglementierung, er ist abgeschafft und damit auch die Reglementierung beseitigt, wenn dies demnach auch nicht direkt, sondern indirekt ausgesprochen ist.

---

[1]) Näheres über die historische Seite der Reglementierung in meinen Arbeiten: Hanauer, Geschichte der Prostitution in Frankfurt a. M., in Festschrift zum I. Kongreß der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1903, und Hanauer, Geschichte der Prostitution, in Pappritz, Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage, 1919.

Digitized by Google

Nach § 361 Ziffer 6 war die Prostitution bisher in Deutschland strafbar, sie war es jedoch nicht, wenn die „Weibsperson", die gewerbsmäßig Unzucht trieb, 1. einer polizeilichen Aufsicht unterstellt war und wenn sie 2. den von der Polizei getroffenen Anordnungen zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes sich fügte. Die beiden Komponenten: Polizeiaufsicht und die erlassenen Verordnungen bildeten das Wesen der Reglementierung. Das Gesetz war ein Blankettgesetz, dessen Ausfüllung den zuständigen Landesbehörden überlassen war. Die Polizei konnte Polizeiaufsicht verhängen und Verordnungen erlassen, sie war jedoch nicht dazu gezwungen, dies war völlig in ihren freien Willen gestellt. Unterließ es die Polizei, wie z. B. in kleineren Städten, Polizeiaufsicht zu verhängen und Verordnungen zu erlassen, also die Reglementierung einzurichten, so war die Ausübung der Prostitution strafbar, denn die Dirne stand ja nicht unter Polizeiaufsicht, und selbst ihr freiwilliges Angebot, sich unter Kontrolle zu stellen, nützte ihr nichts. Natürlich war die Anwendung des § 361 Ziffer 6 viel häufiger gegeben, wenn die Prostituierten da, wo die Reglementierung bestand, sich dieser zu entziehen suchten und vorzogen, ihr Gewerbe im geheimen zu betreiben. Bei der Verbüßung der Haftstrafe konnten die Verurteilten zu Arbeiten angehalten werden. Nach § 362 des StGB. war die Verhängung von Nebenstrafen zulässig. Bei der Verurteilung zur Haft konnte zugleich erkannt werden, daß die verurteilte Person nach verbüßter Strafe der Landespolizeibehörde zu überweisen sei. Durch die Überweisung erhielt die Landespolizeibehörde die Befugnis, die verurteilte Person bis zu 2 Jahren entweder in ein Arbeitshaus zu verbringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Statt des Arbeitshauses konnte die Unterbringung auch in eine Besserungs- oder Erziehungsanstalt oder in ein Asyl erfolgen.

Die Stellung unter Polizeiaufsicht begann mit der Einschreibung in die Dirnenlisten. Diese war entweder eine ausschließlich freiwillige, wie in Süddeutschland, oder eine ausschließlich zwangsweise, also auch gegen den Willen der Betroffenen erfolgende, oder es war sowohl freiwillige wie Zwangsunterstellung möglich. Gegen letztere war Beschwerde auf dem Verwaltungsweg zugelassen. Die Anordnungen waren teils gesundheits-, teils sittenpolizeilicher Art; sie hatten entweder allgemeine Gültigkeit oder waren individuell an eine bestimmte Dirne gerichtet. Sie galten jedoch regelmäßig nur für den betreffenden Aufenthaltsort. Verzog das Mädchen an einen anderen Ort, so mußte die Kontrollverhängung von neuem ausgesprochen werden.

Die gesundheitspolizeilichen Vorschriften bestanden in der Auflage, sich regelmäßigen ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen und sich im Krankheitsfalle einer Zwangsbehandlung im Krankenhaus zu unterwerfen.

Die anderen Vorschriften für die Prostituierten, welche die Sicherung der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes bezweckten, waren nicht einheitlich, sondern sie richteten sich nach örtlichen Bedürfnissen. Sie bezogen sich vor allem auf die Wohnung und den Verkehr der Dirnen außerhalb ihrer Wohnung. Es war den Dirnen das Wohnen in bestimmten Stadtvierteln, Straßen und Häusern vorgeschrieben und das Wohnen in anderen verboten. Manchenorts bestand Bordellzwang oder Kasernierung in bestimmten Straßen (Kontrollstraßen). Verboten war das Wohnen in der Nähe von Kirchen, Schulen, Kasernen und anderen öffentlichen Gebäuden, in Häusern, in welchen sich Wirtschaften befanden. Manchmal waren Parterrewohnungen verboten. Untersagt war an manchen Orten das Zusammenwohnen mehrerer Dirnen. Individuell konnte einer einzelnen Dirne das Wohnen in einem bestimmten Hause wie auch der Verkehr mit einem bestimmten Mann verboten werden. Untersagt war im allgemeinen das Wohnen in Familien mit Kindern, das Zusammenwohnen mit Mannspersonen, der Verkehr mit unerwachsenen Personen, mit Zuhältern und sonstigen anrüchtigen Elementen. In manchen Orten war ihnen das Halten von Dienstboten untersagt, in Bremen sogar das von Hunden und Katzen. Verboten war es, sich am Fenster zu zeigen und Männer anzulocken, geistige Getränke an die Gäste abzugeben.

Überall bestanden erhebliche Verkehrsbeschränkungen, das auffällige Benehmen auf der Straße, das Anlocken der Männer, das Herumtreiben in der Nähe von Schulen und Kasernen war untersagt. Verboten war das Betreten bestimmter Straßen allgemein oder zu bestimmten Zeiten, von bestimmten Wirtschaften, der Besuch von Theatern und Konzerten allgemein oder an bestimmten Plätzen, von Ausstellungen und Rennen, das Fahren auf offener Droschke oder auf dem Rad. Sie durften auch nicht in Gesellschaft oder in den Wohnungen anderer unter Kontrolle stehender Mädchen angetroffen werden (Köln). Bei Reisen hatten sie sich sofort abzumelden und den zur Revision erscheinenden Polizeibeamten zu jeder Tag- und Nachtzeit Eintritt in ihre Wohnung zu gewähren.

Digitized by Google

Die Entlassung aus der Kontrolle war zugelassen bei Heirat, bei nachgewiesener Aufnahme von Arbeit, bei Unterstellung unter einen Fürsorgeverein. In Stuttgart wurde die Entlassung ausgesprochen, wenn die Dirne sich den Verhaltungsvorschriften nicht fügte oder nicht mehr genügend Gewähr für ihren Gesundheitszustand gab. Manchenorts war die Entlassung eine stufenweise mit Bewährungsfrist, wobei eine weitere Nachkontrolle stattfand.

Außer dem Strafgesetzbuch gab auch die Seuchengesetzgebung die Handhabe zu einer sanitären Beeinflussung der Prostitution, so das preußische Reglement von 1835, das bis zum Jahre 1905 in Kraft blieb. Nachdem das Reichsseuchengesetz es abgelehnt hatte, die Geschlechtskrankheiten einzubeziehen, suchten die Landesseuchengesetze die Lücke auszufüllen. Im preußischen Gesetz zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten vom 28. August 1905 war in den §§ 8 und 9 bestimmt, daß gewerbsmäßig Unzucht treibende Personen, die in bezug auf Syphilis, Tripper und Schanker krankheits- und ansteckungsverdächtig sind, beobachtet und solche, welche von einer der genannten Krankheiten befallen sind, abgesondert und zwangsweise behandelt werden dürfen. In den Ausführungsbestimmungen des Gesetzes werden die §§ 8 und 9 dahin erläutert, daß Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, anzuhalten sind, sich an bestimmten Orten zu bestimmten Tagen und Zeiten zur Untersuchung einzufinden. Wird bei dieser Untersuchung festgestellt, daß sie an ansteckenden Geschlechtskrankheiten leiden, so sollen sie angehalten werden, sich ärztlich behandeln zu lassen. Es wird empfohlen, durch Einrichtung öffentlicher ärztlicher Sprechstunden diese Behandlung möglichst zu erleichtern. Können die betreffenden Personen nicht nachweisen, daß sie diese Sprechstunden in dem erforderlichen Umfang besuchen, und besteht der begründete Verdacht, daß sie trotz ihrer Erkrankung weiter der gewerbsmäßigen Unzucht nachgehen, so sollen sie unverzüglich in ein öffentliches Krankenhaus überführt und da nicht eher entlassen werden, bis sie geheilt sind.

Diese Paragraphen des preußischen Landesseuchengesetzes gaben der Polizei auf der einen Seite die gesetzliche Handhabe bei der sanitären Beeinflussung der Prostitution, andererseits waren sie wichtig, weil sie sich nicht nur auf die unter sittenpolizeilicher Kontrolle stehenden erstreckte, sondern auf alle gewerbsmäßig Unzucht treibenden Personen.

Auf Grund der §§ 8 und 9 des preußischen Seuchengesetzes erging der preußische Ministerialerlaß vom 11. Dezember 1907, zwecks Handhabung der Sittenpolizei, der einen freieren humaneren Geist atmete. Der Erlaß suchte zu ermitteln, ob überall Gelegenheit zur unentgeltlichen Behandlung der Prostituierten gegeben war; wo solche fehlte, sollten durch geeignete Vereinbarung mit Ärzten und Krankenhäusern Sprechstunden zu diesem Zweck eingerichtet werden. Unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehende Personen können von der polizeilichärztlichen Untersuchung befreit werden, wenn sie sich durch Inanspruchnahme bestimmter polizeilich genehmigter Anstalten oder Ärzte fortlaufend über ihren Gesundheitszustand sowie über die Behandlung in Krankheitsfällen ausweisen. Die Stellung unter polizeiliche Aufsicht soll nur verhängt werden, wenn die Voraussetzung durch gerichtliche Verurteilung wegen Gewerbeunzucht nachgewiesen ist. Die Rückkehr zu einem geordneten Leben soll nicht durch polizeiliche Maßnahmen erschwert werden. Die Sittenpolizei soll in den Beschränkungen nicht zu weit gehen, Strafen wegen unerheblicher Verstöße sollen vermieden werden, streng soll jedoch die Übertretung der sanitären Kontrollvorschriften geahndet werden.

Außer den unter polizeilicher Aufsicht stehenden Dirnen sollen auch die wegen Verdacht der Gewerbeunzucht aufgegriffenen von der polizeiärztlichen Untersuchung befreit werden, wenn sie ein Gesundheitszeugnis der öffentlichen Sprechstellen beibringen oder bei vorhandener geschlechtlicher Erkrankung den Nachweis führen, daß sie in ausreichender ärztlicher Behandlung stehen oder ein Krankenhaus aufgesucht haben. Der Erlaß bringt ferner die Vorschriften über die Behandlung minderjähriger Prostituierter in Erinnerung und empfiehlt Fürsorgemaßnahmen neben der polizeilichen Behandlung.

Der Erlaß, so gut er gemeint war, scheiterte einmal bei seiner Einführung und Ausführung vielfach an der Resistenz der Polizei, welche die freiwillige Überwachung nur widerwillig mitmachte. Andererseits wurden die öffentlichen Sprechstunden, da wo sie eingerichtet wurden, nur in ganz geringem Umfang in Anspruch genommen. Der Erlaß erfüllte also nicht die auf ihn gesetzten Hoffnungen[1]).

[1]) Neisser, Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung, 1916, S. 245.

Digitized by Google

3. Die Rechtstellung der Prostitution auf Grund des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 18. Februar 1927

Die wichtigste Rechtsfolge für die Prostitution auf Grund des neuen Gesetzes ist nicht die Aufhebung der Reglementierung, denn diese hat, wie wir gesehen haben, nicht überall bestanden, vielmehr die Aufhebung der Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Prostitution, allerdings mit einer wichtigen Ausnahme, die im § 16 IV enthalten ist. Dort heißt es: Im § 361 (StGB.) wird hinter Nr. 6 eingefügt: (mit Haft wird bestraft) 6a wer gewohnheitsmäßig zum Zweck des Erwerbs in der Nähe von Kirchen und Schulen oder anderen zum Besuche durch Kinder oder Jugendliche bestimmten Örtlichkeiten oder in einer Wohnung, in der Kinder oder jugendliche Personen zwischen 3 und 18 Jahren wohnen, oder in einer Gemeinde, für welche die oberste Landesbehörde zum Schutze der Jugend oder des öffentlichen Anstandes eine entsprechende Anordnung getroffen hat, der Unzucht nachgeht. Diese Bestimmung wird am 1. Oktober Gesetz werden.

Nun beschäftigt sich bekanntlich der Reichstag mit der Beratung eines neuen Strafgesetzbuches. In den Entwurf, der dem Reichstag von seiten der Regierung vorgelegt wurde, ist diese Abänderung des Strafgesetzbuches bzw. der Zusatz des § 6a übernommen. Er wurde nur sprachlich verbessert und lautet: § 373 Absatz 2: „Wer gewohnheitsmäßig zum Erwerb Unzucht treibt und diesem Erwerb in einer Gemeinde *mit* weniger als 15000 Einwohnern nachgeht, in der die Ausübung der Unzucht zum Erwerb durch eine zum Schutz der Jugend oder des öffentlichen Anstandes erlassenen Anordnung der obersten Landesbehörde verboten ist, wird bestraft." Daraus ergibt sich, daß in Gemeinden mit weniger als 15000 Einwohnern die Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht verboten werden kann und die Übertretung des Verbotes bestraft wird; der erste Absatz des § 373 enthält das Verbot des Herumstreichens an Kirchen. Gegenüber dem Gesetz z. B. d. Geschl. bringt der Entwurf des Strafgesetzbuches die Verschärfung, daß die Strafe nicht in Haft, sondern in Gefängnis bis zu 6 Monaten bestehen soll.

Im übrigen ist § 16 IV deswegen besonders bemerkenswert, weil er der einzige Paragraph des Gesetzes ist, welcher Vorschriften für die gewerbsmäßige Prostitution enthält. Denn „das gewohnheitsgemäß zum Zwecke des Erwerbs der Unzucht Nachgehen" ist dasselbe wie die Ausübung der gewerbsmäßigen Prostitution. In diesem Paragraphen finden sich also noch kümmerliche Überreste der früheren Prostitutionsreglements. Für die Prostitution bestehen demnach noch zwei Spezialverbote: Dem Herumtreiben in der Nähe von Kirchen und Schulen und die Ausübung ihres Gewerbes in Wohnungen mit Kindern und Jugendlichen. Allerdings berührt auch die Prostitution in besonderem Maße § 16 III, der ja den Ersatz bildet für § 361 Nr. 6, den Reglementierungsparagraphen. Er lautet: „Bestraft wird, wer öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet." Dieser Paragraph bildete, wie wir gesehen haben, einen wichtigen Teil der bisherigen Prostitutionsreglemente. Er hat eine allgemeinere Fassung erhalten, um zu vermeiden, daß wie bisher, nur das weibliche Geschlecht mit Strafen bedroht wurde, wenn es zur Unzucht aufforderte. Es soll für die Folge keine „doppelte" Moral mehr geben. Jetzt kann durch den Paragraphen auch die männliche Prostitution betroffen werden, die Anlockung zum homosexuellen Verkehr. Da dieser sich aber nur in wenigen Großstädten abspielt, ist er praktisch nicht von großer Bedeutung. Möglicherweise kann sich die Strafandrohung auch auf einen Mann beziehen, der eine Frau auf der Straße anspricht. Immerhin ist dieser durch den Beleidigungsparagraphen des StGB. Schutz gewährt. Die neue Fassung des § 361 Nr. 6 des StGB. ist wörtlich in den Entwurf des neuen Strafgesetzbuches aufgenommen (§ 374). Doch ist auch hier statt Haft Gefängnis angedroht. Die Tatbestände der §§ 373 und 374 rangieren nunmehr unter den Verbrechen und Vergehen, nicht mehr unter den Übertretungen. Wenn bei Vergehen gegen §§ 373 und 374 auf Freiheitsstrafe erkannt wurde, so kann das Gericht bei § 373 schlechthin, bei § 374, wenn es sich um eine gewerbsmäßige Prostituierte handelt, die Unterbringung in ein Arbeitshaus für zulässig erklären, bei Minderjährigen statt dessen in eine Erziehungsanstalt.

Die §§ 16 I und 17 beseitigen die bisherigen Wohnungsschwierigkeiten und Wohnungsbeschränkungen der Prostituierten. § 180 des StGB. enthält folgenden zweiten und dritten Absatz: Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung eines Bordells oder eines bordellartigen Betriebes.

Wer einer Person, die das 18. Lebensjahr vollendet hat, Wohnung gewährt, wird auf Grund des Absatz 1 (wegen Kuppelei) nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten

Digitized by Google

der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist. Damit ist einerseits die Aufhebung aller Bordelle in Deutschland bestimmt, andererseits der unerträgliche Rechtsstandpunkt beseitigt, daß zwar bisher die eingeschriebene Prostituierte die polizeiliche Konzession zur Ausübung ihres Gewerbes erhielt, der Wohnungsvermieter jedoch, der ihr eine Wohnung gab, sich wegen Kuppelei bestrafbar machte, selbst wenn er keine Vorteile von der Prostituierten hatte; die Absteigequartiere fallen dagegen noch nach wie vor unter den Begriff der strafbaren Kuppelei. § 17 des Gesetzes verbietet Wohnungsbeschränkungen auf bestimmte Straßen oder Häuserblocks zur Ausübung der gewerbsmäßigen Unzucht (Kasernierung).

Nach Aufhebung der Reglementierung ist die wichtigste Maßnahme für die sanitäre Behandlung der Prostitution der § 4, der im Kommentar der „Ärztlichen Mitteilungen“ [1]) direkt als Ersatz für die Reglementierung bezeichnet wird und für das, was sie erreichen wollte. Dieser Paragraph bestimmt, daß die zuständige Gesundheitsbehörde Personen, die dringend verdächtig sind, geschlechtskrank zu sein und die Geschlechtskrankheit weiterzuverbreiten, anhalten kann, ein ärztliches Zeugnis, nur in begründeten Ausnahmefällen ein von einem durch die zuständige Gesundheitsbehörde benannten Arzt ausgestelltes Zeugnis über ihren Gesundheitszustand vorzulegen, oder sich der Untersuchung durch einen solchen Arzt zu unterziehen. Auf Antrag des untersuchenden Arztes können solche Personen angehalten werden, wiederholt derartige Gesundheitszeugnisse beizubringen.

Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Krankheit weiterzuverbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen werden, auch in ein Krankenhaus verbracht werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich ist.

Dringend verdächtig, geschlechtskrank zu sein und ihre Leiden zu verbreiten, sind vornehmlich die Prostituierten, führt der genannte Kommentar weiter aus. Sie zu erfassen und ärztlicher Behandlung zuzuführen, ist der Zweck des § 4. Es sollen aber nicht nur die gewerbsmäßigen, sondern auch die gelegentlichen Prostituierten erfaßt werden. Blaschko glaubt [2]), daß sich in der Praxis die gewerbsmäßig Prostitutierten zu 95% als krankheitsverdächtig erweisen werden. Sie werden also dann unter den § 4 fallen. Dringend verdächtig sind auch die Dirnen anzusehen, welche sich gegen den neuen § 361, 6 vergehen, was auch von den Abolitionisten zugegeben wird [3]). Der § 4 spricht aber nicht von Frauen, sondern allgemein von Personen. Den Maßnahmen des § 4 entgeht die Puella, wenn sie im Erkrankungsfalle in die Behandlung eines in Deutschland approbierten Arztes sich begibt. Nach § 8 des Gesetzes muß der Arzt wie jeden anderen Patienten auch die Puellen über die Natur ihrer Krankheit aufklären und nach § 9, wenn sie sich der Krankheitsbehandlung entziehen, der Gesundheitsbehörde melden. Da sie aber zu den Personen gehören, welche durch ihren Beruf besonders gefährden, so muß die Meldung erfolgen, auch wenn sich das Mädchen nicht der ärztlichen Behandlung und Beobachtung entzieht.

Besonders wichtig für die Prostituierten ist der § 5, der Gefährdungsparagraph. Er darf als Ersatz für die Vorschrift in den Reglements angesehen werden, wonach es den Prostituierten verboten war, im Erkrankungsfalle ihrem Gewerbe nachzugehen.

Die Grundtendenz des Gesetzes ist neben der ärztlichen Behandlung die Ersetzung der Sittenpolizei durch die Fürsorge, wie dies auch in §§ 3 und 18 zum Ausdruck kommt. Es ist dort die Rede vom Zusammenwirken der Gesundheitsbehörden mit den Einrichtungen der Sozialfürsorge und den Pflegeämtern für Jugendliche.

Wenn auch die Prostituierten nicht ausdrücklich benannt sind, so ist doch als sicher anzunehmen, daß man sie in erster Linie aber im Auge hat.

Zum Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten haben die Länder Ausführungsbestimmungen zu erlassen. Die preußische Ausführungsverordnung, die kürzlich erschienen ist, und der Gesetzeskraft zukommt, regelt vor allem Zuständigkeits- und Kostenfragen. Wichtig ist der § 1, welcher die Gesundheitsbehörden als kommunale Einrichtungen bestimmt. Sie können außer dem Zwangsmittel nach § 4 Absatz 4 des Gesetzes auch sonstige Zwangsmittel anwenden, dürfen jedoch nur Geldstrafen ver-

[1]) Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Ärztliche Mitteilungen, 1927, Nr. 6, S. 103. — [2]) Blaschko, Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1921, S. 45. — [3]) Papritz, Welche Maßregeln können die Abolitionisten an Stelle der Reglementierung der Prostitution zum Schutze der Volksgesundheit und Volkssittlichkeit vorschlagen? Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., Bd. 16, S. 366.

Digitized by Google

hängen. Als Organe zur unentgeltlichen Untersuchung und Ausstellung von Zeugnissen sollen in erster Linie die Beratungsstellen für Geschlechtskranke in Betracht kommen, wie in der Begründung des § 7 ausgeführt wird. Durch den § 12 der Ausführungsbedingungen werden der § 8 Nr. 9 und § 9 Absatz 2 des preußischen Seuchengesetzes aufgehoben.

Ein preußischer Ministerialerlaß vom 23. Juli 1926, betreffend die Sittenpolizei enthält Übergangsbestimmungen. Danach bleiben von den sittenpolizeilichen Bestimmungen nur die bestehen, welche sich auf die gesundheitliche Überwachung der Dirnen beziehen. Wohnungsbeschränkungen sollen sofort aufgehoben werden. Neue Unterstellungen unter Kontrolle sind nicht mehr vorzunehmen, die unter Kontrolle Gestellten auf ihren Antrag zu entlassen und den Fürsorgeorganen zu überweisen. Es wird ihnen nur, wenn sie die Prostitution weiter treiben, die Auflage gemacht, von Zeit zu Zeit ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand beizubringen.

Es erhebt sich nunmehr die Frage, ob, nachdem von seiten des Reiches die Reglementierung aufgehoben worden ist, die Länder berechtigt sein könnten, von sich aus die Reglementierung neu einzuführen. Diese Frage wird vom Amtsgerichtsrat Scholz, Frankfurt a. M., glatt bejaht[1]).

Er geht davon aus, daß die Frage der Reglementierung reichsgesetzlich gar nicht geregelt sei, nach § 361, 6 hieß es bloß: Die Prostituierten machen sich strafbar, wenn sie die polizeilichen Kontrollvorschriften übertreten. Eine Kontrolle einzuführen und darüber Vorschriften zu erlassen, war reichsgesetzlich gar nicht vorgesehen, sondern den Ländern überlassen. Diese könnten daher nach wie vor eine Reglementierung einführen, in Preußen auf Grund des allgemeinen Landrechtes § 10 II, 17 und des § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850, nur können die Bestrafungen der Übertretungen nicht mehr nach Reichsrecht erfolgen, da § 361, 6 gefallen sei, wohl aber nach Landesrecht in Preußen auf Grund der §§ 132 und 133 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883. Verboten sei lediglich die Einrichtung von Bordellen und die Wohnungsbeschränkungen der Prostituierten. Diese Rechtsauffassung wird von Prof. Mittermaier bestritten, er betont, daß die einzige Grundlage für die Reglementierung der § 361, 6 gewesen sei. Jede über die Erlaubnis des Reichsgesetzes hinausgehende landesrechtliche Beschränkung der Prostitution sei daher gesetzwidrig.

Wir glauben, daß die Frage nicht nach formalrechtlichen Gesichtspunkten gelöst werden kann. Eine Wiedereinführung der Reglementierung auf Grund von Landesgesetzen würde dem Geist des neuen Gesetzes und den Absichten des Gesetzgebers widersprechen und würde auch nicht stillschweigend hingenommen werden.

Jedenfalls steht Preußen nicht auf dem Standpunkt von Scholz, denn der preuß. Ministerialerlaß über die Übergangsbestimmungen betont in seinen einleitenden Worten, daß das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten die Reglementierung der Prostituierten und damit die Sittenpolizei als solche beseitige. Preußen wird demnach niemals die Handhabe geben, daß in diesem Lande die Reglementierung auf dem Umwege über die Landesgesetzgebung wieder eingeführt wird.

Es wäre weiter die Frage zu erörtern, wieweit eine örtliche Polizeibehörde von sich aus versuchen könnte, zwar nicht eine Reglementierung als solche, aber einzelne Komponenten derselben wieder einzuführen. Was die Einschreibung betrifft, so ist weder eine Zwangs- noch eine freiwillige Einschreibung möglich, wohl aber ist es der Polizei unbenommen, für den inneren Dienst Listen über die Prostituierten zu führen, wie sie ja auch Listen über Zuhälter und sonstige asoziale Elemente führt. Eine allgemeine Zwangsuntersuchung ist ebensowenig möglich, da sie im Widerspruch steht mit dem § 4 des Gesetzes, welcher ja keine Präventivuntersuchung mehr kennt, sondern nur eine im bestimmten Falle verlangte. Preußen nimmt hier wieder einen klaren Standpunkt ein, denn in der Einleitung zur Begründung der Ausführungsbestimmung wird der § 3 dahin ausgelegt, daß durch ihn die Durchführung der zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten dienenden gesundheitlichen Aufgaben der Polizei abgenommen und besonders zu schaffenden Gesundheitsbehörden zu übertragen sei. In Preußen hat danach die Polizei mit der sanitären Seite der Prostitution nichts mehr zu tun.

Nicht so einfach liegen die Dinge, soweit es sich um Maßnahmen ordnungspolizeilicher und sittenpolizeilicher Art im engeren Sinne handelt. Zunächst kommt natürlich der Polizei die Überwachung der Vorschriften des § 16, III und IV zu. Dafür ist sie

[1]) Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1927, Nr. 5, S. 52; Nr. 6, S. 60; Nr. 8, S. 74.

Digitized by Google

zweifellos allein zuständig und nicht die Gesundheitsbehörde, und sie ist natürlich auch verpflichtet, die Prostitution zu überwachen, soweit kriminelle Beziehungen in Frage kommen, also ihre Verbindung mit Zuhältern, Kupplern und Verbrechern. Ob das Reichsgesetz noch den Erlaß besonderer Vorschriften zuläßt, wenn dazu örtliche Notwendigkeiten vorhanden sind, ist fraglich. Immerhin sei daran erinnert, daß die von der D. Ges. Geschlechtskrkh. berufene Sachverständigenkonferenz, die man gewiß nicht im Verdacht haben konnte, daß sie gegen die Prostitution voreingenommen war, in ihren Richtlinien zu einer Bundesratsverordnung, behufs Sanierung der Prostitution, eine Anzahl von weitergehenden Vorschriften vorgeschlagen hat[1]). Zweifellos werden jedoch die allgemeinen Gesetze die Handhabe bieten, auch ohne Erlaß neuer Bestimmungen gegen Ausschreitungen der Prostitution vorzugehen.

4. Der Einfluß der Neuregelung auf die Prostitution

Man hat hier von zwei grundsätzlichen Voraussetzungen auszugehen. 1. Es gibt keine offizielle eingeschriebene reglementierte Prostitution mehr. Die Kontrolldirnen und Kartenmädchen sind verschwunden. Wohl gibt es aber noch wie vor eine gewerbsmäßige Prostitution, doch ist der bisherige Gegensatz zwischen den beiden Arten derselben, der konzessionierten und nichtkonzessionierten geheimen, beseitigt. 2. Eine Bestrafung, eine öffentliche Brandmarkung durch die Abstempelung gibt es nicht mehr. Man ist daher gegenwärtig wieder der Prostitution gegenüber zu dem Standpunkt zurückgekehrt, den wir in unserer historischen Einleitung als den der Gleichstellung bezeichnet haben, allerdings nur im Sinne der bürgerlichen Gesetze. Im übrigen betrachtet man sie offiziell natürlich nicht als etwas Erwünschtes, man weiß zwar, daß sie nicht auszurotten ist, man will sie aber durch individuelle soziale Maßnahmen einzudämmen suchen.

Die Ausnahmestellung, welcher die Prostituierten unterworfen waren, ist aufgehoben bis auf einige wenige Bestimmungen; und wenn sie sexuell erkranken, gelten für sie dieselben Vorschriften wie für die anderen Staatsbürger. Halten sie sich im genau umgrenzten gesetzlichen Rahmen, so können sie unangefochten von den Behörden ihr Gewerbe ausüben.

Vor allem sind beseitigt die zahllosen drückenden, kleinlichen, polizeilichen Ausnahmebestimmungen, welche die Prostituierten nie zur Ruhe kommen ließen, sie beständig der Polizei in die Hände gaben, die sie gar nicht alle befolgen konnten, die sie ständig zwischen Krankenhaus, Gefängnis und Arbeitshaus hin und her pendeln ließen. Von der Knechtschaft sind die Dirnen ziemlich unvermittelt zu Freiheit gelangt, und es fragt sich nun, ob sie von dieser Freiheit einen vernünftigen Gebrauch machen werden und somit die Erwartungen erfüllen, welche die hegten, die für die Aufhebung der Reglementierung gekämpft haben. Die Zukunft wird erweisen, ob die Erwartungen sich erfüllen oder ob diejenigen recht behalten werden, welche vor der gänzlichen Aufhebung der Reglementierung gewarnt haben. Wenn wir hier die Frage prüfen wollen, wieweit die Prostitution durch die Neuregelung voraussichtlich günstig oder ungünstig beeinflußt werden wird, so soll dies sine ira et studio geschehen, lediglich auf Grund der Tatsachen, welche die Biologie und Pathologie der Prostitution an die Hand geben. Es soll auch darauf eingegangen werden, wieweit das neue Gesetz noch besondere Maßnahmen und Einrichtungen erforderlich macht, um vielleicht eintretenden Schädigungen vorzubeugen.

Wir hatten vor einigen Monaten Gelegenheit, einer polizeiärztlichen Visite beizuwohnen und wir benutzten diese, uns mit den Mädchen über das neue Gesetz zu unterhalten. Die einen wußten gar nichts von ihm, die anderen hatten vage Vorstellungen, einige Antworten waren aber ganz charakteristisch. Die eine meinte, wenn die Kontrolle aufhört, dann werde alles auf den Strich gehen, die andere, es werde nun ganz Frankfurt verseucht werden. Vox populi! Das eine der Mädchen hatte instinktiv die Vorstellung, daß die Unterstellung unter die Kontrolle oder die Gefahr der Unterstellung doch manches Mädchen von der Ausübung der Gewerbsunzucht abhalten werde. Wenn aber diese Erschwerung wegfalle, dann sei kein Grund mehr vorhanden, warum sich nicht noch viele Frauen einem Gewerbe hingeben sollten, daß nunmehr so erleichtert werde und dem nunmehr jeder ächtende Charakter genommen sei. Diese Befürchtung ist in der Tat nicht von der Hand zu weisen, wenn sie von dem Mädchen

[1]) Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., Bd. 18, S. 126.

Digitized by Google

auch nicht von altruistischen Motiven, sondern zweifellos aus egoistischen, nämlich aus Furcht vor der neuen Konkurrenz, ausgesprochen wurde. Statistisch wird sich eine Zunahme der Prostitution kaum feststellen lassen, da es ja eine Statistik weder der bisher eingeschriebenen, noch der geheimen polizeilich sistierten Prostituierten für die Folge nicht mehr geben wird, letzteres weil die Polizei Aufgreifungen und Razzien entweder gar nicht mehr oder nur bei besonderen Veranlassungen vornehmen wird; soweit diese nur wegen des Verdachts einer Geschlechtskrankheit erfolgen sollen, ist die Polizei hierzu überhaupt nicht mehr befugt.

Man hat behauptet, daß die mit der Einschreibung verbundene Degradierung und die ständigen Verfolgungen durch die Polizei an dem moralischen Verfall und dem sittlichen Tiefstand der Dirnen schuld gewesen seien, und daß sie dadurch vor allem den Zuhältern in die Arme getrieben worden seien, endlich, daß die strenge Trennung der eingeschriebenen Prostituieten von der übrigen Gesellschaft ihnen die Rückkehr zu einem geordneten Leben erschwert habe. Nachdem nun diese Verfolgungen und Bedrückungen aufgehört haben, müßte zu erwarten sein, daß das moralische Niveau der Dirnen sich höbe, und daß ihre Rückkehr in das bürgerliche Leben nicht mehr erschwert sei, daß sie vor allem ihre Beschützer nicht mehr nötig hätten. Daß die Zuhälter nunmehr verschwinden werden, glauben wir nicht, weil die Ursache dieses Parasitentums nicht allein auf seiten der Frauen liegt, sondern noch viel mehr auf seiten des männlichen Partners.

Die einschneidendste Änderung brachte das Gesetz hinsichtlich der Wohnungsverhältnisse der Prostituierten, die ärztliche Behandlung und Untersuchung.

Alle polizeilichen Bestimmungen über die Wohnung sind beseitigt, mit Ausnahme der gewerbsmäßigen Ausübung der Unzucht in Familien mit Kindern. Ausdrücklich aufgehoben sind die Bordelle, die Kontrollstraßen, sonstige Arten der Kasernierung, sowie die Beschränkung auf bestimmte Stadtviertel und Häuserblocks. Die Prostituierten können demnach wohnen, wo sie wollen, d. h. wo sie Wohnung finden; das wird nicht überall so leicht sein, denn bereits wird berichtet, daß die Hausbesitzer sich zusammengeschlossen haben und den Prostituierten die Wohnung verweigern.

Gegen die Bordelle hat man eingewendet, daß sie die Ausbeutung der Dirnen ganz besonders begünstigen, daß sie in diesen moralisch und körperlich vollständig verkommen, und daß die Neugierde viele Männer zu ihrem Besuch anreize. Die Befürworter der Bordelle haben u. a. darauf hingewiesen, daß diese das Zuhältertum verhindere und die Anlockung der Männer durch die Dirnen auf der Straße beseitige. Jedenfalls ist durch die Klärung, welche der Kuppeleiparagraph erfahren hat, das Wohnen der Dirnen erleichtert, sie sind nunmehr wohnberechtigt und brauchen sich nicht mehr obdachlos auf der Straße herumzutreiben und dort ihr Gewerbe auszuüben, was in sanitärer Hinsicht besonders bedenklich war. Auch sind sie einigermaßen gegen Wohnungswucher gesichert, da der Vermieter nicht mehr nötig hat, für das durch den Kuppeleiparagraphen drohende Risiko durch einen entsprechend hohen Mietzins sich an der Dirne schadlos zu halten. Da in der Wohnfrage alle Beschränkungen aufgehoben worden sind, können nunmehr beliebig viele Mädchen in einem Hause zusammen wohnen, welches damit einen bordellartigen Charakter erhält. Es darf nur nicht ein gemeinsamer Wirt das Haus leiten. Die Freunde der Konzentrierung der Prostitution befürchten, daß durch das zerstreute Wohnen der Dirnen erhebliche Gefahren in moralischer und sanitärer Hinsicht entstehen werden. Noch mehr werden jedoch diese Befürchtungen geäußert im Hinblick darauf, daß auch nunmehr fast alle Verkehrsbeschränkungen gefallen sind. Hier soll der § 361 Z. III prophylaktisch wirken, aber wenn man sich dazu entschließt, die gewerbsmäßige Prostitution zu dulden, so darf man ihr auch nicht alle Werbemethoden verbieten, da ohne Werbung und Reklame kein Geschäft bestehen kann. A. Flexner hebt übrigens in seinem Buch „Die Prostitution in Europa" hervor, daß die Reglementierung ohne jeden Einfluß auf die öffentliche Ordnung und die Reinheit der Straßen sei[1]).

Wichtiger noch wie die Wohnungsfrage ist die sanitäre Seite des Prostitutionsproblems. Bisher war es so, daß die eingeschriebenen Dirnen gar nichts anderes wußten, als daß sie sich regelmäßig zur polizeiärztlichen Untersuchung zu stellen hatten, und wenn

[1]) Die Straßen des abolitionistischen Zürich zeigen dasselbe Bild wie die des reglementierten München. Eine Frankfurter Tageszeitung (Nachrichten, 1927, Nr. 204) schreibt dagegen, daß sich bereits jetzt, wo die Kontrolle im Schwinden sei, überall in den Großstädten eine überaus große Zunahme der Straßenprostitution bemerkbar mache.

Digitized by Google

sie erkrankt waren, sofort einem Krankenhaus überwiesen wurden. Das haben sie als etwas Selbstverständliches hingenommen, dies um so mehr, als sie sich nicht um die Kosten zu bekümmern brauchten. Man hat neben anderen Einwänden bei dieser Kontrolle bemängelt, daß die geheimen Prostituierten durch dieses System davon abgehalten würden, sich ärztlich behandeln zu lassen; denn wenn sie sich in ein Krankenhaus begaben, hätten sie fürchten müssen, daß ihr Gewerbe bekannt würde, daß sie bestraft und zwangsweise unter Kontrolle gestellt würden. Es bleibt abzuwarten, ob nunmehr, da diese Befürchtungen nicht mehr bestehen können, die Geneigtheit der bisherigen geheimen Dirnen, bei Erkrankungsfällen ins Krankenhaus einzutreten, zunehmen wird.

Nunmehr ist für die Dirnen jeder Untersuchungs- und Behandlungszwang im Wege der Präventivkontrolle beseitigt. Sie sind bei Erkrankungen, bei Geschlechtskrankheiten nicht anders gestellt wie jeder andere Staatsbürger, sie brauchen sich nur in Behandlung irgend eines approbierten Arztes zu begeben und darin zu bleiben, bis der Arzt sie entläßt, dann sind sie aller Weiterungen enthoben.

Wenn ihnen auferlegt wird, ein ärztliches Zeugnis über ihre Gesundheit beizubringen und sie ein solches vorweisen, ist in der Regel die Sache erledigt. In der Theorie erscheint dies einfach, praktisch werden sich doch Schwierigkeiten ergeben. Wir nehmen folgenden Fall an: Die Prostituierte begibt sich zur Untersuchung und Behandlung zu Dr. A. Dieser ist praktischer Arzt und erklärt, Geschlechtskranke überhaupt nicht zu behandeln. Sie begibt sich nunmehr zu dem Facharzt Dr. B., dieser hat jedoch üble Erfahrungen mit Prostituierten gemacht oder mit Rücksicht auf seine übrigen Klienten behandelt er Prostituierte grundsätzlich nicht. Spezialarzt Dr. C., welcher nunmehr seitens des Mädchens aufgesucht wird, verlangt für die Untersuchung und Behandlung ein Honorar, welches das Mädchen nicht bezahlen kann. Nun erfährt sie von einer Freundin, daß Dr. D. schon vielen Mädchen ein Gesundheitszeugnis zu billigem Preise ausgestellt hat. Sie erhält auch von diesem das gewünschte Zeugnis. Aber es wird von der Behörde nicht anerkannt, sie wird an einen bestimmten Arzt gewiesen. Nun ist sie wieder glücklich bei dem behördlichen Arzt angelangt, wenn sie nicht überhaupt inzwischen die Geduld verloren hat.

Um solche Fälle zu vermeiden, halten wir die Schaffung einer Organisation nötig, welche die Untersuchung und Behandlung der Dirnen sicherstellt, ihnen das Aufsuchen der ärztlichen Hilfe erleichtert und auch auf die wirtschaftlichen Verhältnisse Rücksicht nimmt. Die preußischen Ausführungsbestimmungen bezeichnen die Beratungsstellen für Geschlechtskranke als die Stellen, welche die Zeugnisse unentgeltlich ausstellen sollen. Der Groß-Berliner Ärztebund empfiehlt, daß in diesen Stellen besondere Untersuchungszeiten eingerichtet werden, und auch besondere Ärzte für sie angestellt werden, welche mit den Schlichen und Kniffen der Dirnen vertraut seien.

Wir meinen, für die Untersuchung und Behandlung der Prostituierten soll auch möglichst das Prinzip der freien Arztwahl Geltung haben, und alle Ärzte, die dazu bereit sind, zur Behandlung zugelassen werden.

Man hat auch die Einrichtung von Krankenkassen für die Dirnen vorgeschlagen, wie solche zum Teil bestehen. Für diese Kassen spricht der Umstand, daß die Dirnen wohl in der Lage wären, Beiträge zu leisten, und daß sie, bei ihrer wenig sparsamen Veranlagung, im Erkrankungsfalle vielfach den Armen- und Wohlfahrtsämtern zur Last fallen. Im übrigen spricht auch manches gegen die Errichtung solcher Kassen. Von Zwangskassen kann keine Rede sein, einer freiwilligen Kasse werden die Mädchen aber wahrscheinlich nicht beitreten, da, nachdem die offizielle Abstempelung geschwunden ist, sie kaum das Bedürfnis haben werden, sich öffentlich als gewerbsmäßige Prostituierte zu erkennen zu geben. Ein Teil der Prostituierten gehört auch den öffentlichen Krankenkassen als freiwillige Mitglieder an, nachdem sie früher eine dem Versicherungszwang unterliegende Beschäftigung ausgeübt haben.

Erhebliche Bedenken kann man darüber haben, wieweit die Dirnen freiwillig gewillt sein werden, sich einer gründlichen ärztlichen Behandlung zu unterziehen und dabei auf die Ausübung ihres Gewerbes zu verzichten. Man muß sich gegenwärtig halten, daß die Prostituierten von der Ausübung ihres Gewerbes leben, und wie sie früher eifrig bemüht waren, bei der ärztlichen Kontrolle Krankheitserscheinungen zu kachieren. Von ihrer Gewissenhaftigkeit darf man also demnach nicht viel erwarten. Man erinnere sich an den geringen Erfolg des preußischen Erlasses von 1907 in dieser Hinsicht. Er hatte den Dirnen die ärztliche Behandlung freigestellt, und sie sollten von der sittenärztlichen Kontrolle befreit werden, bzw. von der Stellung unter Polizeiaufsicht freibleiben, wenn sie sich sachgemäß behandeln ließen. Wenn schon die An-

Digitized by Google

drohung der Verhängung der Kontrolle nicht vermochte, die Prostituierten mit einer ärztlichen freiwilligen Behandlung zu befreunden, so wird dies noch weniger der Fall sein, wenn ihnen die Verhängung der Kontrolle nicht droht. Schon Neisser betonte, daß man sich auf die freiwillige Inanspruchnahme der Ärzte von seiten der Prostituierten nicht verlassen könne. In ähnlicher Weise äußerten sich Blaschko und Hammer. Schlenzka[1]) machte als Arzt der Berliner Sittenpolizei immer wieder die Erfahrung, daß ein großer Teil der erkrankten Dirnen, denen gestattet wurde, sich privat behandeln zu lassen, sich überhaupt nicht oder nur sehr unregelmäßig behandeln ließ, daß ihre Unterbringung in ein Krankenhaus dann doch erforderlich wurde. Unter diesen Umständen wird man nach wie vor darauf bestehen müssen, unsichere Elemente ins Krankenhaus zu überweisen.

Noch ein Wort über die Fürsorge, die den Prostituierten zuteil werden soll und was man davon zu erwarten haben wird.

Schon jetzt wird den Dirnen ein erhebliches Maß von Fürsorge gewidmet, für die jugendlichen in Form von Schutzaufsicht, Fürsorgeerziehung, Polizeifürsorgerinnen; für die gefährdeten Schutzhäuser und Arbeiterinnenkolonien. Für die bereits gefallenen bestehen Magdalenenhäuser, Arbeitsstätten, Pflegeämter. Diese Fürsorgemaßnahmen sollen noch erheblich ausgedehnt werden. Bei all diesen Maßnahmen ist, wie die Erfahrung gezeigt hat, individuelle, psychologische Behandlung nötig. Flesch[2]) betont, daß es so gut wie hoffnungslos sei, Frauen, die längere Zeit Prostituierte waren, davon abzubringen, ehe Alter und Krankheit ihr Zerstörungswerk verrichtet haben. Ein erheblicher Teil der Prostituierten will überhaupt von Fürsorge nichts wissen, dagegen kann ein namhafter Teil, namentlich der gefährdeten, durch geeignete Maßnahmen noch gerettet werden. Bei Verdacht auf Debilität und Psychopathie ist irrenärztliche Untersuchung nötig. Die geistig abnormen sollen in Psychopathenheimen untergebracht werden. Asoziale gehören in Verwahrungsanstalten. Die notwendige Arbeitsbeschaffung wird vielfach an der ungeheuren Arbeitslosigkeit scheitern, bei welcher es schon schwer hält, den gesunden Schichten der Bevölkerung Arbeit zu verschaffen.

5. Einwirkung der Neuregelung auf die Bevölkerung

Die Prostitution untergräbt die öffentliche Sittlichkeit und schädigt die öffentliche Gesundheit. Das gilt als unbestrittenes Axiom. Werden sich nun durch die Neuregelung die allgemeinen moralischen und sanitären Verhältnisse bessern oder verschlechtern? Man behauptete, die bisherige regelmäßige ärztliche Untersuchung der Prostituierten förderte ihre Inanspruchnahme, da ja der Staat durch die Untersuchung eine Garantie für ihre Gesundheit gewährte. Mit dem Wegfall der Präventivuntersuchung und der staatlichen Garantie müßten sich, wenn diese Voraussetzung richtig ist, die Männer demnach von der Prostitution fernhalten und sich daher auch weniger infizieren. Wir glauben nicht, daß nach dem Wegfall der Präventivkontrolle die Inanspruchnahme geringer sein wird. Die Sittlichkeitsvereine argumentieren auf der anderen Seite, daß mancher, der sich von der Prostitution ferngehalten, weil sie als etwas Strafbares und Verächtliches gegolten, nunmehr kein Bedenken tragen werde, sie in Anspruch zu nehmen, nachdem die Strafbarkeit aufgehoben und der Staat die Ächtung der Dirnen beseitigt hat. Daß im allgemeinen das sittliche Niveau sinken wird durch die Aufhebung der Prostitution, glauben wir nicht. Immerhin haben wir in unseren Untersuchungen über die Prostitution in Frankfurt festgestellt, daß immer, wenn man mit der Prostitution locker ließ, sich schwere Mißstände herausstellten; doch lassen sich die damaligen Zeiten mit den heutigen nicht ohne weiteres vergleichen.

Wichtig ist die Frage, ob nach Aufhebung der Reglementierung eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten zu erwarten ist. Ich erinnere hier an die drastische Äußerung eines Kontrollmädchens über die Verseuchung der Stadt Frankfurt a. M. So schlimm wird es nun gewiß nicht werden, da der Dirne nicht bekannt war, daß die Aufhebung der Reglementierung durch andere sanitäre und soziale Maßnahmen ersetzt werden soll. Die Zu- und Abnahme der Geschlechtskrankheiten nach Aufhebung der Kontrolle wollte

---

[1]) Schlenzka, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten und Prostitution. Zschr. f. Bek. d. Geschlechtskrkh., Bd. 17, S. 228. — [2]) Flesch, Soziale Fürsorge zur Einschränkung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten. Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1927, Nr. 5, S. 50.

Digitized by Google

man aus der Statistik erweisen. Doch sind hier die statistischen Ergebnisse der Länder, welche die Kontrolle aufgehoben haben, widersprechend, je nach dem Standpunkt des Beurteilers. Die einen wollen eine Zunahme, die anderen eine Abnahme festgestellt haben. Es darf aber nicht vergessen werden, daß die Verhältnisse vor und nach Aufhebung der Reglementierung nicht ohne weiteres verglichen werden können, weil in den Ländern, wo die Aufhebung erfolgte, zugleich noch andere Maßnahmen zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eingeführt wurden. Die ungünstige Wirkung der Aufhebung der Kontrolle konnte dadurch paralysiert worden sein. Auch in Deutschland können daher möglicherweise die Geschlechtskrankheiten nach Aufhebung der Reglementierung zunehmen, aber durch andere günstige Wirkungen des Gesetzes ausgeglichen werden. Sehr erwünschenswert wäre es auf alle Fälle, wenn die Ärzte nach dem 1. Oktober sorgfältige Aufzeichnung über die Zahl der von ihnen behandelten Geschlechtskranken machen würden unter besonderer Berücksichtigung der neuen Infektionen, sowie die Quellen der Infektionen festzustellen suchten.

Man hat die Aufhebung der Reglementierung einen Sprung ins Dunkle genannt. Das große Experiment ist nun einmal gemacht. Unsere Aufgabe muß es sein, objektiv aber sorgfältig zu beobachten und, wenn sich Schädigungen zeigen, offen und nachdrücklich auf sie hinzuweisen.

Versammlungen

Dermatologische Gesellschaft Hamburg-Altona

Sitzung am 25. Juni 1927

Vorsitzender: Delbanco Schriftführer: Ritter

Dr. med. Struve-Kiel, M. d. R.: **Das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, sein Werden und seine Ausführungsbestimmungen.** Struve bittet um eine möglichst parteilose Beurteilung seines Vortrages; er spräche nicht als Vertreter einer Fraktion, sondern als langjähriger Berichterstatter des Ausschusses. Im Reichstag sind die Gedanken und Forderungen formuliert worden ohne Initiative der Regierung. Am 30. Mai 1916 begann der bevölkerungspolitische Ausschuß seine „Vorsorgetätigkeit, Kriegsfolgen bei uns zu lindern". Zunächst: Bekämpfung der stark vermehrten Geschlechtskrankheiten im Heer und in der Gesamtbevölkerung. Dann: Schutz für Mutter und Kind. Anständige Lohnklauseln bei allen behördlichen Lieferungsverträgen. Ehestands- und Kinderzulagen. Reichswohnungsversicherung. Siedlung um die Städte und auf dem Lande. Ferner Fürsorgeeinrichtungen für Jugendliche, die begründeten Verdacht auf gewerbsmäßige Unzucht bieten, andererseits Zwangsmaßnahmen gegen gewerbsmäßige unverbesserliche Dirnen. Regelung des Schlafstellenwesens. Gesetzlichen Schutz für weibliche Angestellte gegen den Verführer im Amt oder im Dienst (Gefängnisstrafe bis zu einem Jahr). Ausbau der Beratungsstellen für Geschlechtskranke. Förderungen der Krankenkassen in ihrem Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten. Vorgeschriebene Mindestleistung sämtlicher Kreise und Verwaltungsbezirke auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Allgemeine Belehrung sämtlicher Schulpflichtigen vor der Entlassung über die Gefahr der Geschlechtskrankheiten. Sexualpädagogik als pflichtmäßiges Lehrfach an Seminaren und Hochschulen für Lehrer und Geistliche. Haut- und Geschlechtskrankheiten sind Pflichtprüfungsfach für das ärztliche Staatsexamen und manches andere mehr.

Obige Anregungen und die Grundsätze des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hatte der Ausschuß bis 28. Oktober 1916 formuliert. In fleißiger Arbeit, unter Mitwirkung der Vertrauensmänner aller Parteien. Es wurde in „Unterausschüssen" so lange nach Übereinstimmung gesucht, daß ein Übereinstimmen nur selten notwendig war. Durch diese von Anfang an gewollte Arbeitsmethode hat das Gesetz ausgesprochenen Kompromißcharakter erhalten. Der Hauptwert liegt in seiner sinngemäßen Ausführung: nicht in seinem Texte. Der am 12. Juli 1918 fertiggestellte alte Gesetzentwurf ist infolge der Novemberereignisse des Jahres 1918 nicht formelles Gesetz geworden. Statt dessen erschien am 11. Dezember 1918 eine Verordnung der Volksbeauftragten, die durch Zustimmung der Nationalversammlung Gesetzeskraft erhielt, und heute noch

Digitized by Google

gilt. Sie zerfällt in 4 Abteilungen. Die 4 Paragraphen dieser Verordnung sind wörtlich dem alten Gesetz entnommen:

§ 1. Die Definition.
§ 2. Das zwangsweise Heilverfahren, auch im Krankenhaus.
§ 3. Der Gefährdungsparagraph.
§ 4. Der Belehrungszwang.

Das neue Gesetz ist jetzt erst fertig geworden, es hat seinen alten Charakter gewahrt. Es ist von rechts und von links angenommen worden.

Das Gesetz räumt mit nicht mehr in alter Weise wirksamen Polizei- und Gesetzesbestimmungen auf. Gefallen sind die böse doppelte Moral des Staates, die Konzessionierung, Duldung und daher Förderung der gewerbsmäßigen Unzucht auf der einen Seite und die Bestrafung von geschlechtlichem Verkehr andererseits, indem man den § 180 StGB. allzuweit ausdehnte. Gefallen ist das Ausnahmegesetz gegen die Frauen, die Polizeiaufsicht und der Bordellzwang.

Als Kuppelei gilt vom 1. Oktober 1927 ab insbesondere die Unterhaltung eines Bordelles oder bordellartigen Betriebes. Die Auslegung des Begriffes „bordellartiger Betrieb" wird noch manche Schwierigkeit bringen.

Was bis jetzt in jedem einzelnen Falle — als Beschaffung von Gelegenheit — bestraft werden konnte, ist erlaubt, soweit nicht ein Ausbeuten, Anwerben oder Anhalten zur Unzucht damit verbunden ist.

An Stelle aller Polizeiaufsicht und aller öffentlichen Eingriffe tritt der abgeänderte § 361, 6 StGB., wonach bestraft wird, wer öffentlich in einer Sitte oder Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet.

Auch diese Fassung ist schwierig und verschieden auslegbar.

Die Polizei tritt von sich aus in Tätigkeit, wenn öffentlich Sitte und Anstand verletzt wird, oder wenn jemand in der Nähe von Kirchen oder Schulen gewerbsmäßig der Unzucht nachgeht.

Die Grundlagen dieser Bestimmungen, die Ablehnung eines Ausnahmegesetzes gegen Frauen sind schon 1916—1918 formuliert — in langen schweren Kämpfen gegen die damals noch herrschenden Reglementaristen zustande gekommen (Exzellenz Kirchner).

Da der Staat den Behandlungszwang geschlechtskranker Personen befiehlt, muß er die Behandlung logischerweise einem vom Staate approbierten Arzte übertragen, den er durch die Ärztekammern kontrolliert. Der Staat muß infolgedessen alle nicht im Deutschen Reich approbierten Ärzte und die Laienbehandler von der Behandlung geschlechtskranker Personen ausschließen. Ebenso die annoncierenden Ärzte und Fernbehandler: kurz, der Staat verbietet also die unbefugten und unlauteren Behandler aus der Logik dieses ersten staatlichen Behandlungszwanges heraus. Als ein Einbruch in die Kurierfreiheit ist daher dieses Gesetz nicht zu bezeichnen. Den Ärzten wird der ganze medizinische Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in vollem Umfange übertragen; das Gesetz gibt ihnen, gerade auch durch den Attestzwang, das größte Vertrauen und eine beträchtliche Verantwortung. Daher muß unbedingt verlangt werden, daß jeder Patient den Arzt seines Vertrauens finden kann, und daß die organisierte Ärzteschaft dieses Vertrauen richtig anwendet.

Schwierig ist die Kostenfrage. Wenn das Reich eine Zwangsbehandlung einführt, müßte es auch für die Kosten aufkommen, und sie nicht, wie jetzt im § 18 bestimmt ist, den Ländern aufbürden.

Auf Grund der Bestimmungen in § 4 ist übler Denunziation ein Riegel vorgeschoben worden. Nennenswert häufige Bezichtigungen anderer Personen, an einer Geschlechtskrankheit zu leiden, sind nicht zu erwarten, da anonyme Anzeigen nicht beachtet werden dürfen, und die neue Fassung eine bedeutende Abschwächung des alten Gesetzes von 1918 ist.

Struve schildert dann den Rückgang der frischen Syphilis und die Gefahren, die vor allen Dingen der Frau durch eine Infektion durch Blennorrhoe drohen.

Er bespricht die Hauptbestimmungen an der Hand der einzelnen Gesetzesabschnitte.

Der Reichstag hat bei der Annahme des Gesetzes am 26. Januar 1927 glücklicherweise unter anderem beschlossen, die Reichsregierung zu ersuchen, die Behandlungspflicht der Krankenkassen für die Behandlung der Geschlechtskrankheiten bis zur Beseitigung der Ansteckungsgefahr zu verlängern.

Das muß erreicht werden! Mehrbehandlung, gute und gründliche Behandlung aller Erkrankten, auch der Unbemittelten, das war das Ziel des Gesetzgebers.

Digitized by Google

Struve bedauert, daß der alte Ausschuß § 2b nicht in das Gesetz übernommen worden ist, wodurch es den Behörden ermöglicht wurde, im Interesse der Gesundheit und der Aufrechterhaltung der guten Sitten in Gast- und Schankwirtschaften, insbesondere über die Zulassung, Beschäftigung und die Art der Entlohnung weiblichen Personals entsprechende Bestimmungen zu erlassen, deren Übertretung mit Gefängnis bis zu 6 Monaten, mit Geldstrafe bis zu M. 10000 oder mit einer dieser Strafen oder mit Haft bedroht war. Struve fürchtet, daß das jetzt im Reichstag beratene neue Schankstättengesetz nicht den Erfolg haben wird, den Alkohol als Kuppler gründlich auszuschalten.

Struve fordert, in den nächsten Reichshaushalt, Reichsamt des Innern, die notwendigen Mittel zur Durchführung des Gesetzes einzustellen.

Referent betont weiter, daß er durchaus kein Freund von Meldungen sei, daß es der Wille des Gesetzes sei, jeden Schädling, der sich nicht behandeln lasse und die Krankheit weiter verbreite, der Beratungsstelle anzuzeigen. Wer krank ist, muß behandelt werden. Aus diesem Zwang zur Behandlung entsteht der Behandlungszwang bei jeder unbegründeten Weigerung. Erst nach einer Weigerung, einer weiteren Ermahnung durch die Beratungsstelle dürfen „Behörden" in Kraft treten.

Der Vortragende gab sodann eine eingehende Schilderung der Prostitution und ihrer vergeblichen Bekämpfung durch die Polizei. Der Ersatz der polizeilichen Maßnahmen durch fürsorgerische Maßnahmen, insbesondere die Verlegung des Kampfplatzes gegen die beiden schweren Volksseuchen in das Behandlungszimmer des Arztes sind der Sinn und Wille des neuen Gesetzes.

Von den Ausführungsbestimmungen könnte noch nicht geredet werden, da noch nicht einmal ein Referentenentwurf vorläge, und die Vorschläge des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ja hinreichend bekannt seien.

Sämtliche in Betracht kommenden Kreise müssen sich zusammenfinden zur einmütigen und berufsfreudigen Zusammenarbeit im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten zum Wohle unseres Vaterlandes.

Diskussion. Professor Mulzer: Der Charakter des Gesetzes als eines Kompromißgesetzes zwischen weitgehend divergierenden Richtungen, die z. T. von der Praxis, anderenteils von der Theorie ausgehen (Reglementarismus und Abolitionismus), bedingt mannigfache Unklarheiten, die einen Erfolg fast völlig von der Ausführungsart abhängig erscheinen lassen. Am wenigsten Illusionen darf man sich von der in Aussicht genommenen Bekämpfung der Kurpfuscher machen, zumal, wie Redner durch Vorlegung eines Zeitungsausschnittes beweist, die betreffenden Bestimmungen einfach dadurch umgangen werden, daß Kurpfuscherinstitute junge oder ältere Ärzte, die sich in einer wirtschaftlichen Notlage befinden, zu Propagandazwecken anstellen. Ferner betont Redner die Wichtigkeit des Gesundheitsattestes.

Generalstaatsanwalt Dr. Lang: Wie das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ganz naturgemäß unter besonderem Einfluß medizinischer Sachverständiger zustande gekommen ist, so liegt auch die Ausführung des Gesetzes in erster Linie in der Hand der Ärzte. Dem Juristen bietet es keine besonderen Schwierigkeiten. Zwar enthält es, wie so viele andere Gesetze, auffüllungsbedürftige Wertformen und Begriffe, aber gerade das, was der Referent als zweifelhaft bezeichnet, die Begriffe „öffentlich", „Sitte und Anstand" sind durch die ständige Rechtsprechung der obersten Gerichte hinreichend geklärt. Was die Kuppelei anlangt, so wird in Hamburg schon seit Aufhebung der Bordelle von der Polizeibehörde bei ihrem Einschreiten mit Billigung der Staatsanwaltschaft die in dem neuen Gesetz aufgestellte Begriffsbestimmung zugrunde gelegt. Nicht ohne Interesse dürfte sein, daß die Bestimmungen über Kuppelei (Bordellverbot) und gewerbsmäßige Unzucht noch nicht als endgültig bestehend angesehen werden können; denn in dem Entwurf zu einem allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuch kehren diese Bestimmungen wieder und es besteht wenigstens die theoretische Möglichkeit, daß im neuen Strafgesetzbuch die Bestimmungen eine Änderung erfahren.

Mit Recht hat der Referent von der schweren Verantwortung gesprochen, die das Gesetz den Ärzten auferlegt; möge diese verantwortungsvolle Tätigkeit von dem Vertrauen der Bevölkerung getragen werden.

Kriminaloberinspektor Frau Erkens: Die Frage der Mitwirkung der weiblichen Polizei bei der zukünftigen Prostitutionsbekämpfung kann nur im Zusammenhang mit den Aufgaben, die allgemein der Polizei aus dem Gesetz z. B. d. G. erwachsen, erörtert werden. Das Gesetz gibt ja bekanntlich den Aufgaben der Polizei eine gänzlich neue

Digitized by Google

Grundlage, die eine vollständige Ablösung der auf den bisherigen Traditionen aufgebauten Arbeitsweise der Polizei erfordert. Der Schwerpunkt der Arbeit wird gänzlich verlagert. Grundsätzlich stellt sich der Gesetzgeber auf den Standpunkt, daß die Lösung der Prostitutionsfrage vorwiegend hygienischer und pflegerischer Maßnahmen bedarf, und daß die Polizei bei der Durchführung derselben lediglich unterstützende Tätigkeit auszuüben habe. Das Eingreifen der Polizei ist nach den §§ 3 und 4 IV des Gesetzes nur insofern zulässig, als andere Stellen ihre Hilfe in Anspruch nehmen. Das wird in der zukünftigen Praxis wohl meist bei renitenten, sich der freiwilligen Behandlung entziehenden Geschlechtskranken durch Gesundheitsamt, Jugendamt oder Pflegeamt geschehen. In solchen Fällen sollte nach Möglichkeit gegenüber Minderjährigen und volljährigen Frauen die weibliche Polizei in Erscheinung treten.

Neben dieser nunmehr unterstützenden Tätigkeit hat die Polizei von sich aus nach strafrechtlichen Gesichtspunkten auf Grund der §§ 16 I, 16 III, 16 IV Feststellungen zu machen. Also nicht mehr die von einem bestimmten Kreise von Frauen betriebene Gewerbsunzucht als solche ist strafbar, sondern vielmehr nur gewisse dritte Personen (z. B. Jugendliche) oder die Öffentlichkeit verletzende oder schädigende Erscheinungen und Auswirkungen der Unzucht bei Männern und Frauen. Man wird sagen dürfen, daß zunächst wohl einmal eine ziemlich einheitliche Auffassung darüber besteht, daß gewisse Streifen in Straßen und Lokalen zur Feststellung von Personen, die in einer Sitte oder Anstand verletzenden Weise oder gewohnheitsmäßig zum Zwecke des Erwerbes in der Nähe von Kirchen, Schulen usw. der Unzucht nachgehen, nicht ganz entbehrt werden können. Die Frage ist nur die: Wer soll diese Streifen machen? Es besteht in den Kreisen, die auch wirklich den Geist des Gesetzes bei der neuen Praxis zum Ausdruck gebracht haben möchten, mit einer gewissen Berechtigung die Befürchtung, daß die bisherige Sittenpolizei auch Träger dieser neuen Aufgabe werden könnte. Und es würde damit die Gefahr nicht von der Hand zu weisen sein, daß eine dem neuen Wollen des Gesetzes entsprechende Prostitutionsbekämpfung nicht zur Auswirkung kommen könnte, weil der Sittenbeamte mit seiner im alten System ihm zu eigen gewordenen Auffassung über diese Frage sich naturgemäß von heute auf morgen nicht umzustellen vermöchte. Und damit würde die „Geschäftsroutine" die gleiche bleiben, wenn auch vielleicht nach außen hin ein anderes Firmenschild ausgehängt werden würde.

Es scheint ein Ausweg darin zu liegen, daß man diese Streifen durch Straßen und Lokale durch eine besondere, dem Fahndungskommando einzugliedernde Gruppe von Beamten, die für diese Aufgabe besonders zu schulen wäre, durchführen ließe. Damit würde meines Erachtens die für die neue Praxis erforderliche innere und äußere Umstellung der Polizei in dieser Frage gewährleistet sein, da ein Fahndungskommando mit seinen vielartigen bunten Aufgaben mit der notwendigen, von den bisherigen Traditionen unbelasteten Unbefangenheit an diese neue Arbeit herangehen würde. Zur Durchführung dieser Aufgaben nach den Bestimmungen der §§ 16 I, 16 II, 16 III, gegenüber Jugendlichen und Frauen bei den Streifen des Fahndungskommandos erscheint es zweckmäßig, daß die Abteilung der weiblichen Polizei jeweils diesen Streifen eine Gruppe von Beamtinnen in wechselnder Reihenfolge beigibt.

Die bisherige Möglichkeit einer polizeilichen Verwahrung (Schutzhaft) für Jugendliche und hilflose Personen auf Grund polizeirechtlicher Bestimmungen bleibt natürlich durch das neue Gesetz unberührt. Das ist von besonderer Bedeutung für die weibliche Polizei, die als Vertreterin einer Gefährdetenpolizei mit starkem Vorbeugungswillen naturgemäß in erster Linie ihr Augenmerk auf ganz andere Gruppen von Frauen und Mädchen richten wird, als auf diejenigen, die sich nach dem § 16 III in Sitte und Anstand verletzender Weise zur Unzucht anbieten. Es ist jedoch selbstverständlich, daß auch diese Gruppe von Frauen, die meist schon stärker verwahrlost sind, mit in den Erfassungsdienst der weiblichen Polizei einbezogen werden müssen, wenn auch hier nicht das Aufgabengebiet der Frauenpolizei liegt, auf dem individuelle Feinarbeit getan werden kann.

Bei der Inschutzhaftnahme der erst gefährdeten Frauen auf Grund der eben erwähnten polizeirechtlichen Bestimmungen, die vorbeugende Arbeit ermöglichen, liegt jedoch die Problematik der Arbeit darin, daß gegenüber der Forderung einer vorbeugenden Arbeit an den Frauen, die bisher noch nicht mit der Polizei in Berührung gekommen sind, der Anspruch einer weitgehenden Achtung und Schonung der Sphäre der persönlichen Freiheit liegen muß. Und gerade in der feinen Abwägung dieser beiden von verschiedenen Ausgangspunkten kommenden Ansprüche wird die Wirksamkeit der zukünftigen Arbeit liegen.

Digitized by Google

Prof. Poll, Anatomisches Institut der Universität, Abteilung für menschliche Erb- und Konstitutionskunde, weist darauf hin, daß das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten enge Beziehungen zu den Maßnahmen aufweist, die sich in einigen Ländern, z. B. in Preußen, bereits zu Verordnungen über die Einrichtung von Eheberatungsstellen verdichtet haben. Ein sehr wesentliches Ziel beider gesetzgeberischen Absichten besteht in dem Kampfe gegen die bevölkerungspolitischen Schäden der Geschlechtskrankheiten durch sinngemäße Warnung und Aufklärung über die Ansteckungsgefahr. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß solche Maßregeln bei der Eheberatung durchaus zu spät kommen. Im Rahmen der Ausführungsbestimmungen zum Gesetze zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ließe sich vielleicht eine zweckmäßige Anordnung treffen, daß zur rechten Zeit — vor der Infektion — planmäßig die gefährdeten Kreise aufgeklärt, gewarnt und so in ausgiebiger Weise geschützt würden. Eine Ergänzung der Kampfmaßregeln gegen die bereits geschehene Ansteckung in der Richtung, daß auch die drohende Infektion mit erfaßt würde, wäre bevölkerungspolitisch und volkshygienisch von ausschlaggebender Bedeutung. An der Wurzel zu erfassen ist diese Aufgabe nur durch Bereitstellung von Mitteln, um die an allen Lehrbildungsanstalten im Rahmen eines Lehrgangs über die biologischen Grundlagen der Hygiene der Eugenik die sachgemäße Verbreitung dieser Kenntnisse zu sichern.

Prof. Wichmann weist auf den Kompromißcharakter des Gesetzes hin, das vielfach Unklarheiten enthalte und daher verschiedene Auslegungen zulasse, so daß eine Sabotage der ursprünglichen Absichten des Gesetzgebers nur allzu leicht erfolgen könne.

Noch schlimmer als diese Unklarheiten, die auch durch die Ausführungsbestimmungen kaum beseitigt werden dürften, sind die offenbaren Mängel dieses Gesetzes hinsichtlich des Fehlens gesetzlicher Festlegung wichtiger Grundforderungen, ohne welche eine durchgreifende Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kaum erfolgen kann:

1. Im Gesetze ist auf die Erfassung der Infektionsquelle überhaupt nicht Bezug genommen. Diese hätte in erster Linie von den behandelnden Ärzten in Angriff genommen werden müssen, indem letztere unter Zustimmung ihrer Patienten den Infektor der Gesundheitsbehörde melden, ohne daß der Name der Infizierten bekanntgegeben werden muß.

2. Von einer obligatorischen Bestimmung der Untersuchung schwangerer Frauen auf Geschlechtskrankheiten ist ebenfalls nicht die Rede — eine der wichtigsten Maßnahmen, die im Kreise der Versicherten sich ohne weiteres hätte durchführen lassen und auch bei Nichtversicherten bei genügender Aufklärung kaum zu Schwierigkeiten Veranlassung geben würde. Man denke nur daran, was eine obligatorisch durchgeführte Blutuntersuchung der Schwangeren für die Erfassung der kongenitalen Lues leisten würde!

Es fehlt ferner 3. die gesetzliche Festlegung der Aufklärung der schulentlassenen Jugend.

Endlich 4. die Anforderung eines Gesundheitsattestes vor Eingehen der Ehe.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Acta Dermato-Venereologica

1927, Bd. 8, H. 1

Un cas de maladie de Hallopeau (Ein Fall von Hallopeauscher Krankheit), von Fr. Kogoj. S. 1. Ausführliche Beschreibung eines typischen Falles von Acrodermatitis continua suppurativa de Hallopeau, bei dem bemerkenswert erscheint, daß an den Ohren und im Gesicht außerdem Epitheliome von spinozellulärem und basozellulärem Charakter auftraten.

Sur la maladie de Bowen (Über die Bowensche Krankheit), von F. Walter, Derm. Kl. Krakau. S. 13. Beschreibung eines typischen Falles von Bowenscher Krank-

Digitized by Google

heit bei einem 72jähr. Landmann an der Schläfe. Kurze Würdigung der vorliegenden Literatur.

Tuberculosis and Leprosy (Tuberkulose und Lepra), von H. P. Lie-Bergen. S. 21. Die irrtümliche Vermengung von leprösen und tuberkulösen Erscheinungen ist verschuldet durch Danielssen und Boeck, die 1847 typische tuberkulöse Veränderungen als leprös beschrieben. Das relativ seltene Vorkommen anscheinend tuberkulöser Riesenzellen in lepröser Haut hat weiterhin Anlaß zu Fehlschlüssen gegeben. Es handelt sich in diesen Fällen um Riesenzellen vom Langhansschen Typus, die von tuberkulösen kaum zu differenzieren sind. Verf. beschreibt 8 Leprafälle, bei denen Langhanssche Zellen zur Beobachtung gelangt sind. Bis auf einen Fall Jadassohns ist die Tierübertragung der vermeintlichen Tuberkulose niemals geglückt. Darier hat infolgedessen die Bezeichnung Tuberkulid umgeändert in Tuberkuloïd und spricht nur noch von einer tuberkuloiden Form der Lepra (Lepra tuberculoïdes). Es gibt zwar gewisse Ähnlichkeiten zwischen dem Verlauf der beiden Krankheiten, aber noch größer sind die Verschiedenheiten zwischen Tuberkelbazillus und Leprabazillus, besonders vom biologischen Gesichtspunkt aus. Bemerkenswert ist, daß die tuberkuloiden Formen der Lepra wesentlich gutartiger zu verlaufen scheinen als die übrigen. M. Gumpert-Berlin.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1927, Jahrg. 3, Nr. 5

La gale filarienne (Die Filariakrätze), von J. Montpellier. S. 260. Bei afrikanischen Schwarzen wurde häufig diese Erkrankung gefunden. Charakteristisch ist die Ansiedlung der Embryonen des Onchocerca volvulus in der Haut, wodurch ein unstillbares Jucken erzeugt wird. Pusteln, Kratzeffekte und ausgedehnte Lichenifikation der Haut sind die besonderen klinischen Merkmale neben der mehr oder weniger deutlichen Zystenbildung der Embryonen. Therapeutisch hilft nur chirurgisches Angehen der Zysten und Entfernung der Parasiten aus der Haut.

Erythème arsénical respectant les régions antérieurement occupées par les syphilides (Arsenerythem, das die vorher von Syphiliden befallenen Hautpartien verschont), von G. Milian. S. 270. Bei einer mit Lues II behafteten Patientin entstand am Ende der Arsenbehandlung ein generalisiertes masernartiges Erythem von spezifischem Charakter. Alle vorher mit luetischen Eruptionen bedeckten Hautpartien blieben frei, auch nachdem das Erythem in allgemeine Hyperpigmentierung übergegangen war. M. zieht zur Erklärung das Auslöschphänomen beim Schanker heran: die intradermalen Injektionen von Rekonvaleszentenserum werden in diesem Falle ersetzt durch die Entwicklung von Hautsyphiliden, die in ihrer Nachbarschaft einen Serumaustritt herbeigeführt haben. Demnach ist für das Arsenerythem ein infektiöser Ursprung anzunehmen.

Zona et varicelle (Herpes zoster und Varizellen), von G. Milian. S. 276. Milian glaubte bisher einen inneren Zusammenhang beider Erkrankungen ablehnen zu müssen. Er ist zum Gegenteil geneigt seit folgender Beobachtung. Im gleichen Saal erkrankte 14 Tage nach dem Eintritt einer zosterkranken Frau ein hereditär luetischer Säugling von 6 Monaten an Varizellen, obwohl keinerlei Infektionsmöglichkeit von anderer Seite vorhanden war. Da die Inkubationszeit der Varizellen damit übereinstimmt, möchte Verf. einen Zusammenhang beider Krankheiten nicht mehr so bestimmt ablehnen.

Kératite interstitielle par syphilis héréditaire chez une femme de 30 ans (Keratitis interstitialis bei Lues hereditaria einer 30jähr. Frau), von G. Milian. S. 278. Die Mutter der Patientin wies als Stigma hereditärer Lues eine Teilung des Gaumendaches auf, so daß es sich bei der 30jähr. Tochter, welche bisher keine klinischen Stigmata gezeigt hatte, um Lues hereditaria tarda in der 2. Generation handeln muß.

H. Lippert-Köln.

The Urologic and Cutaneous Review

Juni 1927, Bd. 31, Nr. 6

The Normal Kidney Pelvis (Das normale Nierenbecken), von H. J. Polkey-Chikago, Ill. S. 339.

Parenteral Alcohol Therapy (Parenterale Alkoholbehandlung), von B. Spiethoff-Jena. S. 354. Die parenterale Alkoholbehandlung ist außerordentlich wirksam bei zirkum-

Digitized by Google

skripten akuten oder subakuten entzündlichen, besonders tiefliegenden Affektionen (Trichophytia profunda, Furunkel, Phlegmonen, Schweißdrüseninfiltrate, tiefe Akne, Bartholinitis, Inguinalbubo, parenterale Infiltrate, Infiltrate nach intravenösen und intramuskulären Salvarsaneinspritzungen, nach Röntgenverbrennungen usw.). Die frühere Empfehlung bei blennorrhoischer Epididymitis, Arthritis, Prostatitis wird wegen der starken Herdreaktionen fallengelassen. Bei Lupus erythematosus sind die Erfolge ebenso gut und ebenso unsicher wie die anderer Methoden. Gute Erfolge auch bei Pollutionen. Die Dosis wird gegen früher herabgesetzt und die Pausen zwischen den Einspritzungen verlängert: 0,1 Alcohol absol. auf 1 ccm destilliertes oder frisch abgekochtes Wasser verdünnt, bei Kindern 0,02—0,03 auf 0,2—0,3 Wasser. Nur bei ungenügenden Erfolgen dürfen die Dosen verstärkt oder die Pausen zwischen den Einspritzungen verringert werden, aber nicht beides gleichzeitig.

The Amount of Renal Tissue Necessary for Life (Die für die Erhaltung des Lebens nötige Menge von Nierengewebe), von Th. E. Gibson-San Francisco, Cal. S. 356.

Ulceration of the Bladder Simulating Carcinoma Following the Use of Radium in the Cervix (Karzinom vortäuschende Geschwürsbildung in der Blase im Anschlusse an Radiumbehandlung der Zervix), von I. W. Kahn-New York City. S. 360. Um derartige Zufälle zu verhüten, ist große Vorsicht bei Behandlung von Zervix und Gebärmutter mit Radium erforderlich. Niere, Blase und Rektum müssen in ihren Funktionen völlig in Ordnung sein, die äußeren Genitalien sind wie für eine Operation vorzubereiten, es dürfen keine Adnexerkrankungen bestehen. Die Zervix soll vor der Radiumbehandlung nicht dilatiert werden. Bei der Anwendung ist der Zeitpunkt kurz vor der Menstruation zu vermeiden, weil zu diesem auch die Blase kongestioniert ist.

Resection of the Neck of the Bladder Altered by Diseases (Resektion des krankhaft veränderten Blasenhalses), von E. R. W. Frank-Berlin. S. 362.

Analysis of a Case of Incipient Tabes Treated With Non-Specific Measures (Über einen mit nicht-spezifischen Mitteln behandelten Fall von Tabes incipiens), von L. Isacson-Sioux City, Iowa. S. 367. Auch bei den spezifischen antisyphilitischen Mitteln liegt der Hauptwert in der Anregung der immunisierenden Kräfte des Körpers; deshalb können auch nicht-spezifische Mittel von Vorteil sein. Der noch im Beginn befindliche Tabiker hatte von intensiver Salvarsan- und Quecksilberbehandlung keine Besserung seines Allgemeinzustandes erfahren, während eine solche erzielt wurde, nachdem zunächst durch Einspritzungen kräftiger Dosen von Staphylokokkenvakzine die immunisierenden Kräfte angeregt waren.

Stricture of the Urethra (Harnröhrenstrikturen), von J. C. Weaver-Atlanta, Georgia. S. 369. Überblick über Genese, Diagnose, Behandlung. Urethrotomia interna soll nur in der Anterior ausgeführt werden; nach Urethrotomia externa ist die Wunde nicht zu schließen oder ein Katheter einzulegen; sie soll zum Zwecke der Harnentleerung erst nach Beseitigung von Harninfektionen durch voraufgeschickte suprapubische Zystotomie ausgeführt werden. Warnung vor zu dünnen Metallsonden zur Dilatation und vor der intraurethralen Anwendung von Kokain bei älteren Patienten.

A Case of Double Kidney in a Luetic With a Charcot Spine (Fall von doppelter Niere bei einer Syphilitikerin mit Tabes und Charcotscher Wirbelsäulenerkrankung), von J. L. Tenenbaum-New York City. S. 373.

Mechanical Factors Concerned in Pyelitis Complicating Pregnancy (Mechanische Faktoren bei Pyelitis als Komplikation der Schwangerschaft), von J. T. Williams-Boston, Mass. S. 375.

E. Levin-Berlin

Russkij Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 6

Ein Fall von Pemphigus vegetans mit starker Retention der Chloride und Nierenhypofunktion, von Moreinis und Medwedew. Der 26jähr. Bauer mit Pemphigus vegetans schied von 1200 g Wasser, welche er zu sich nahm, nur 298 g in den ersten 3 Stunden aus; dabei bestand eine starke Retention der Chloride im Organismus. Die nach der Sektion vorgenommene Untersuchung verschiedener Organe auf den Gehalt von Chloriden ergab, daß der NaCl-Gehalt im Darm stark erhöht war, in der Milz, der Leber und den Muskeln erhöht, aber in der Haut wie in dem Rückenmark subnormal war.

Zur Frage der professionellen syphilitischen Infektion der Ammen, von Mirakjantz. Unter den Brustdrüsenschankern sind 50% als professionelle bei den Ammen

Digitized by Google

anzusehen, so daß dieser Beruf als ein für die Infektion mit Syphilis sehr gefährdeter angesehen werden muß und die Vorzeigung eines Zeugnisses über die Gesundheit des Kindes der Amme gegenüber zu verlangen ist.

Zur Frage des Einflusses des weichen Schankers auf den Verlauf der Syphilis, von S. Pawlow. Da in drei beschriebenen Fällen von Ulcus mixtum die erste Inkubation sich sehr lange hinzog (in einem Fall $7^1/_2$ Monate, im 2. und 3. Fall 4 Monate), ist Verf. der Ansicht, daß bei gleichzeitigem Vorkommen von beiden Schanken das Ulcus molle den Ausbruch der Syphilis verzögert.

Zur Radiumtherapie des Hautkrebses, von A. Jordan. Bericht über 42 durch Radiumbehandlung geheilte Fälle von Epitheliomen, von denen 21 auf der Nase, 8 auf den Lippen, 5 auf den Wangen, 4 im Gebiet der Augen, je 2 auf der Stirn und der behaarten Kopfhaut saßen. Da es aber in 7 Fällen zu Rezidiven kam, so zählt Verf. das Radium, welches den Krebs mit kosmetisch einwandfreier Narbe abheilen läßt, nur zu einem der besten, aber nicht immer zu einem unfehlbaren Mittel der Hautkrebsbehandlung.

Über intravenöse Injektionen von Kali- oder Na-Jod bei Syphilis, von Osipijantz. Die intravenösen Natrium- und Kaliumjodlösungen (25%ige Lösung; 2mal wöchentlich 8—10 ccm) rufen keine unangenehmen Nebenwirkungen hervor und wirken schneller als das Jodkali bei innerem Gebrauch.

Über die Toxizität der russischen Neosalvarsanpräparate, von Samsonow. Verf. hält auf Grund zweier Todesfälle nach Gebrauch der russischen Neosalvarsane (Novarsolan und Novosalvarsan) dieselben, trotz gegenteiliger Annahme anderer Autoren, nicht für vollkommen identisch und homolog dem deutschen Präparat.

Ein Fall von Herpes gestationis, von Meisel. 24jähr. Jüdin, welche am Ende des 7. Schwangerschaftsmonats an einem unter starkem Jucken verlaufenden Bläschenausschlag erkrankte, verlor denselben nach der ersten Menses.

Zwei Fälle von extragenitalem Schanker, von Haikin. In einem Fall Sitz auf der Oberlippe, im anderen auf der Unterlippe. Infektion durch Kuß.

Übersicht über die Frage der nichtgonorrhoischen Urethritiden, von Bilim.

Die Quarzlichtbehandlung bei Hautkrankheiten, von Chalipski und Pechur. Gute Resultate bei Lichen chronicus Vidal, Acne vulgaris, Rosazea, Furunkulose, Folliculitis capillitii, oberflächlichen Pyodermien, Trichophytia superficialis, Pityriasis versicolor, Alopecia areata, Pityriasis rosea und Lupus eryth. discoides.

Zur Frage der Dermatitis herpetiformis Dühring, speziell im kindlichen Alter, von A. Petroff. Das relativ seltene Vorkommen dieser Erkrankung im Kindesalter (5 eigene Beobachtungen) dürfte auf Verwechslungen mit anderen Hautkrankheiten zurückzuführen sein. Die Dermatitis Dühring bei Kindern unterscheidet sich klinisch wenig von derjenigen bei Erwachsenen, subjektiv ruft sie nur weniger Jucken bei den Kindern hervor. Die Erkrankung kommt in jedem Alter vor, auch bei Säuglingen. Knaben werden bevorzugt.

Zur Frage des Granuloma annulare und dessen Beziehungen zu den Tuberkuliden, von Sobolew. Auf Grund von zehn eigenen Beobachtungen, darunter neun bei Frauen und Kindern und nur einem bei einem Mann, bei denen sich in sechs Fällen deutliche Zeichen inaktiver Tuberkulose der Lungen, bei den übrigen Hinweise auf Tuberkulose in der Familie fanden, hält Verf. den tuberkulösen Ursprung für höchst wahrscheinlich, wobei sich die histologische Struktur den papulo-nekrotischen Tuberkuliden nähert.

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia

1927, Nr. 6

Die Behandlung der syphilitischen Kinder mit den russischen Wismutpräparaten, von S. Gitmann und L. Königsberg. Obgleich die beiden Verff. mit den Resultaten der Wismutbehandlung (russische Präparate Bijochinol und Bismutogvi) bei kleinen Kindern sehr zufrieden sind und sie für sehr wertvolle Präparate halten, empfehlen sie dennoch, weil sie dem Neovalvarsan nachstehen, zunächst eine Neosalvarsankur und dann die Bismutkur anzuwenden.

Beschreibung eines Falles von allgemeinem Infantilismus und Diabetes insipidus bei angeborener Syphilis, von J. Golomb. 18jähr. Knabe. Wachstum zurückgeblieben, Gewicht ungenügend, zurückgebliebener Brustumfang, geschlechtlicher

Digitized by Google

Infantilismus, infantiles Blutbild. Splanchnomegalie. Psychisch zurückgeblieben. Die endokrinologische Formel lautete: späte Atrophie der Epiphyse, ungenügende Involution der Thymus, herabgesetzte Tätigkeit der Schilddrüse, Hypogenitalismus, Dysfunktion der Hypophyse.

Ein Fall von Tuberculosis miliaris ulcerosa nasi, von J. Beirach. Exulzerierte Knötchen an den Nasenflügeln und am sichtbaren Teil des Septum nasi mit positivem Tuberkelbefund bei einem 26jähr. Arbeiter, welcher Lues verneinte, aber zugab, daß er vor einigen Jahren ein Ulcus penis gehabt habe. WR positiv. Milchsäureätzungen blieben erfolglos. Salvarsanbehandlung gab ein glänzendes Resultat. Verf. deutet seinen Fall als Tuberkulose bei Syphilis latens.

Zur Frage des Epithelioma adenoides cysticum Brooke (Naevus trichoepitheliomatosus adenoides cysticus), von Maschkilleisson. 37jähr. Mann mit stecknadelkopf- bis linsengroßen, derben Knötchen auf der Stirn, den Lidern, der Nase, den Wangen, den Ohrmuscheln, dem Hals und Rücken. Histologisch fanden sich im Derma Neubildungen, bestehend aus epithelialen, streifenförmig angeordneten Strängen und Epithelzellenansammlungen, zwischen denen teils aus verhornten Massen, teils aus Kolloid- und Fettgewebe gebildete Zysten gelagert sind. Verf. zählt mit Kyrle das Epithelioma adenoides cysticum zu den organisierten Naevi und schlägt die Bezeichnung Naevus trichoepitheliomatosus adenoides cysticus vor.

Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie, hervorgerufen durch eine Störung des endokrinen Apparates, von Briskin. 23jähr. tuberkulöser junger Mann. Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems ergab ein Übergewicht des Sympathikus, die bedeutende Hypofunktion aber gerade derjenigen endokrinen Drüsen, welche den Sympathikus reizen (Nebenniere, Geschlechtsdrüse und Schilddrüsen), spricht für ein Übergewicht des Vagus.

Der Gonokokkennachweis bei der chronischen Gonorrhoe, von Waschkewitsch. Die Untersuchungsmethode der Wahl ist noch immer die Gramfärbung, wobei aber besondere Aufmerksamkeit der Entfärbung durch Alkohol geschenkt werden muß.

Versuche der Anwendung von gonokokkenhaltigen Bouillonfiltraten bei Gonorrhoe, von Chassin und Silajeukoff. Das nach dem Verfahren von Besredka hergestellte polyvalente Gonokokken-Bouillonfiltrat kann, bei Einspritzung in die Urethra zu 5,0, für 3—10 Min., mehrmals am Tage, als diagnostisches Hilfsmittel dienen, da es eine Verschärfung des blennorrhoischen Prozesses hervorruft, während es bei fehlender Blennorrhoe zu keinen Reizerscheinungen führt.

Die Kahnsche Reaktion zur Diagnose der Syphilis, von Gribanowa. Die in ihrer Technik höchst einfache Kahnsche Reaktion steht nicht hinter der WR zurück und übertrifft sie sogar bei latenter Syphilis an Empfindlichkeit. Das mit physiologischer Kochsalzlösung verdünnte Antigen hält sich, ohne an Wert einzubüßen, einen Monat.

Die Bordet-Gengousche Reaktion und die Mikroreaktion bei der Gonorrhoe, von Schirwindt und S. Goldberg. Die Bordet-Gengousche Reaktion, bei Herstellung der Antigene mit destilliertem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung nach Kahn, gab bei akuter Blennorrhoe in 47%, bei subakuter in 80% und bei Komplikationen in 82% ein positives Resultat. Zwecks Diagnose wurde noch eine Ausfällungsreaktion vom Typus der Meinickeschen Mikroreaktion für Syphilis angewandt, wobei als Antigen ein alkoholischer Extrakt (6—11 Gonokokkenstämme) mit Zusatz von Benzoe Sumatra (0,05:1 ccm) benutzt wurde. Diese Mikroreaktion stimmte in 81% mit der Reaktion Bordet-Gengou überein.

Das venerologische Dispensair für die Bekämpfung der Prostitution, von E. Krom und G. Salzmann. Günstige Resultate.

Literarischer Index über die in russischer Sprache über die „Prostitution" erschienenen Arbeiten, von Teodorowitsch.

1927, Nr. 7

Über einige Knochenveränderungen bei angeborener Syphilis, von L. Feldmann. Unter 128 Kindern der ersten zwei Lebensjahre mit Erbsyphilis fanden sich röntgenologisch bei 78 verschiedene syphilitische Knochenveränderungen, darunter in 16 folgende außergewöhnliche: ein Fehlen der normalen trichterförmigen Vertiefungen an den distalen Enden der langen Röhrenknochen, welche bei intakter Struktur an diesen Partien viereckig aufgetrieben erscheinen. Die kortikale Schicht ist verdünnt und blaß,

Digitized by Google

die Hohlräume sind erweitert. Gelegentlich sieht man gleichzeitig periostale Auftreibungen.

Zur Frage der Behandlung der Syphilis mit dem Stovarsol und den Wismutpräparaten, von Golossowker und Mirkin. Entsprechend den Untersuchungen der Verff. verschwindet das histopathologische Plasmom nicht mit den klinischen Erscheinungen der Syphilis, sondern überdauert dieselben längere Zeit. Ein Vergleich der Wirkung des Stovarsols und der Wismutpräparate auf die syphilitischen histopathologischen Veränderungen ergibt, daß das Stovarsol langsamer als das Neosalvarsan, aber etwas schneller als das Wismut wirkt.

Zur Frage der prophylaktischen Syphilistherapie, von Minsker. Verf. konnte 7 Frauen, welche nachweislich mit Syphilitikern geschlechtlich verkehrt hatten, prophylaktisch behandeln und zwei Jahre lang beobachten, ohne daß sie Syphilis bekamen. Infolgedessen rät er entschieden zur prophylaktischen Behandlung von Personen, die mit florid Syphilitischen Verkehr hatten, wobei 3—4,0 Neosalvarsan gegeben werden müssen.

Zur Ätiologie und Therapie des Esthiomène vulvae, von N. Lwoff und Plotkina 37jährige Kranke mit Esthiomène vulvae infolge Blennorrhoe. Nach entsprechender Tripperbehandlung und späterem chirurgischem Eingriff kam es zu einem langsamen Rückgang der Erscheinungen ohne Entwicklung eines Rezidivs.

Zur Kasuistik und Ätiologie des Sarcoma cutis idiopathicum multiplex haemorrhagicum Kaposi, von Gluchowzeff. Von den beiden beschriebenen Fällen von typischem Sarkom Kaposi trat in dem einen unter einer spezifischen Kur eine entschiedene Besserung ein, in dem anderen dagegen wurde ein Übergang zu echtem Sarkom beobachtet. Der letztere Fall stand ätiologisch näher zur Tuberkulose.

Ein Fall von spontaner Penisamputation bei einem Syphilitiker, von Poplawsky. Ein dem von Gielmann (Ruskij Westnik Dermatologii, 1927, Nr. 1) beschriebenen ähnlicher Fall, aber nicht auf Grund eines Gumma, sondern einer Gangrän nach Thrombose bei einem Syphilitiker.

Diagnose der blennorrhoischen Vesiculitis, von Timofejew und Dubrowin. Die Diagnose stützt sich auf den klinischen Verlauf aller blennorrhoischen Komplikationen beim Kranken unter Berücksichtigung der serologischen Blutuntersuchung, der Palpation und der mikroskopischen Untersuchung des Samenblasensekrets.

Zur Frage des Mechanismus der Wirkung von Neosalvarsan bei der Spirochätose der weißen Maus, von Königsberg und Gitmann. Experimentelle Versuche der Verff. mit der Spirochaeta Duttoni, um nachzuweisen, ob die Neosalvarsanpräparate im vollen Sinne des Wortes spirillotrop sind. Nach den Verff. wird das Neosalvarsan nicht durch die Spirochaeta Duttoni fixiert. Nach Einführung von Neosalvarsanlösung entwickelt sich im Organismus der Mäuse kein neues Neosalvarsanderivat, welches spirillozide Eigenschaften besitzt. Obgleich die oxydierten Neosalvarsanlösungen bei Experimenten in vitro stärker als frisch bereitete Lösungen wirken, kann dennoch von einer echten Spirillotherapie solcher Lösungen nicht gesprochen werden. Toxische Neosalvarsandosen wirken auf die Zellen des Organismus der Mäuse zerstörender ein als auf die Spirochäten im Blute.

Die Verbreitung der Krätze im Gouvernement Smolensk und ihre Bekämpfung, von Tapelson. In manchen Bezirken des Gouvernements Smolensk erwiesen sich unter 1000 Einwohnern 100 mit Krätze behaftet. Außer einer Behandlung im Ambulatorium oder im Krankenhaus, aber nicht im Hause, rät Verf. zu energischer sanitärer Aufklärung.

A. Jordan-Moskau.

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 50, H. 6

Untersuchungen über den Wismutsaum und seine Beziehungen zum Gesamtorganismus, von H. Löhe und H. Rosenfeld, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krhs. Berlin. S. 409. Die Entstehung des Wismutsaums hängt nicht nur von der Dosierung und dem Zustand der Mundhöhle ab, sondern auch von konditionellen und konstitutionellen Faktoren. Vorzeitig tritt Wismutsaum auf bei exogenen Störungen, wie erworbene Überempfindlichkeit, Nieren- und Magenkrankheiten, ferner bei endogener Anomalie der Kapillaren und Blutverteilung (Vasoneurose, Akrozyanose, Livedo racemosa). Bei Schwangeren und Kindern wurde nie Wismutsaum beobachtet. Während der Bi-Saum

Digitized by Google

des Zahnfleisches eine rein lokale und für die Weiterbehandlung unerhebliche Erscheinung darstellt, ist der generalisierte Saum, besonders der Zungensaum, eine echte Toxikose, die mit Albuminurie und allgemeiner Gefäßschädigung einhergeht und zur Unterbrechung der Kur nötigt.

Das Schicksal der Spirochaeta pallida nach homologer Superinfektion des latent syphilitischen Kaninchens, von R. Strempel und G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 423. Bis zum 4. Tage nach der Wiederimpfung hatten die Spirochäten das Bestreben, aus dem Impfstück in das umgebende Hautgewebe auszuwandern. Vom 5.—27. Tage ließen sie sich lediglich innerhalb des Impfstückes nachweisen. Sie hatten dann an Zahl abgenommen und zeigten deutliche Zeichen von Schädigung durch spirochätolytische Immunstoffe.

Über erfolgreiche Behandlung der Mycosis fungoides, von A. Hirsch, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 428. In 2 von 3 Fällen wurde jahrelanges Freibleiben oder völliges Abheilen durch Röntgentherapie erzielt. Der 3. Fall befindet sich in geheiltem Zustand in Beobachtung. Die erkrankten Partien wurden mit ungefilterten Strahlen dreimal $^1/_2$ ED, 5—6 Bé bestrahlt. Die Bestrahlungen erfolgten innerhalb von 3 Wochen im Abstand von 8 und 14 Tagen. Nur größere Tumoren erhielten zweimal $^1/_2$ ED, 7—8 Bé unter $^1/_2$—1—2 mm Al. im Abstand von 2 Wochen. Stellten sich Rezidive ein, wurde die Bestrahlung wiederholt. Es gelang stets, durch weitere Bestrahlungsserien Infiltration, Tumor und ekzematoide Stellen zum Verschwinden zu bringen. Nachtrag: Ein weiterer Fall von 5 Jahre lang bestehender Mycosis fungoides reagierte ebenfalls prompt auf die Bestrahlungen.

Thalliumwirkung und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, von H. Kleinmann-Balta (Ukraine). S. 435. 17 Patienten, die zu Epilationszwecken mit Thallium behandelt wurden, zeigten normale Werte, 5 von 8 Fällen dagegen, die kombiniert eine halbe Thallium- und halbe Röntgendosis erhielten, wiesen Verlangsamung der Senkungsgeschwindigkeit auf. Sie tritt gewöhnlich bald nach der Bestrahlung ein, dauert bis zum Eintritt der Alopezie und kehrt am Ende der 3. Woche zur Norm zurück. Die Untersuchungen weisen darauf hin, daß kein Eiweißabbau im Plasma und kein Gewebszerfall mit Resorption von zerfallendem Gewebe ins Blut nach Thalliumdarreichung stattfindet, sondern daß die Thalliumalopezie nur auf Reizerscheinungen im vegetativ-endokrinen System zurückzuführen ist.

Ein Fall von Idiosynkrasie gegen das Haarfärbemittel Henna, von M. Goldfarb-Lodz. S. 440. Der Patient benutzte das sonst unschädliche Haarfärbemittel „L'Oréal-Henné" und bekam eine dunkelrote Schwellung der Oberlider, der Nase und Wangen.

Zur Arbeit: „Über die sterilisierende Kraft des Salvarsans gegenüber den Spirochäten", von I. L. Kritschewski-Moskau. S. 441. 1. Verf. und Lass (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1925, Bd. 29) haben zuerst nachgewiesen, daß selbst bei Anwendung der doppelten von Ehrlich und Hata angegebenen Dosis das Salvarsan in 48,15% der Tiere keine Sterilisierung in der Frühperiode der Infektion bewirkt. 2. Der Stamm Duttoni des Verf. und der sogenannte salvarsanfeste Stamm Kolles bilden durchaus keine seltene Ausnahme. Die verschiedenen Stämme der Rekurrensspirochäte sind verschieden widerstandsfähig gegen Salvarsan. Das Salvarsan besitzt somit keine pantherapeutischen Eigenschaften, wie Ehrlich und Hata und jetzt Kolle glauben. 3. Nur beim europäischen Rückfallfieber läßt sich fast regelmäßig eine Therapia magna sterilisans erzielen, nicht dagegen beim Rückfallfieber in Indien, Persien, Turkestan und Mittelafrika. 4. Die Kontrolle der Sterilität des Organismus nach der Methode von Ehrlich und Hata ist ungenau. Zuverlässig ist nur die Methode von Buschke und Króo.

Über die sterilisierende Kraft des Salvarsans bei Spirochäteninfektionen, von W. Kolle. S. 443. 1. Ein Beweis für die Häufigkeit des Vorkommens salvarsanresistenter Stämme ist durch die Arbeit von I. L. Kritschewski (Kl. W., 1927, Nr. 10) keineswegs erbracht, denn die als resistent erkannten Stämme sind keine verschiedenen Stämme, vielmehr ist der Stamm des Georg-Speyer-Hauses mit der Spirochaeta Duttoni des Hamburger Tropeninstitutes identisch. Wahrscheinlich ist, daß auch der Stamm des Reichsgesundheitsamtes mit dem Hamburger Stamm identisch ist. Bisher sind außer dem genannten nur noch der Stamm Brazzaville des Institutes Pasteur als resistent bekannt. 2. Kritschewski betont selbst, daß bei der Mehrzahl der von ihm untersuchten Stämme (4 von 7) eine Sterilisierung gelingt (Kl. W., 1927, Nr. 10). Seine jetzigen Angaben stehen somit im Widerspruch zu den früheren. 3. Die Methode der Reinfektion nach Ehrlich ist absolut zuverlässig, nur ist notwendig, einen solchen Stamm für die Versuche zu wählen, der sich in der Maus so verhält wie die Menschenrekurrens bei Menschen.

Digitized by Google

Zu der Arbeit von E. Zurhelle: „Halter zur Fixierung der Kinderköpfe bei Epilationsbestrahlungen" in dieser Zeitschrift, 1927, Bd. 50, H. 1, von A. Buschke und E. Langer. S. 444. 1. Bekannt ist, daß die Röntgenepilation Gefahren in sich birgt, daß sie bei unruhigen Kindern und bei epidemischem Auftreten der Erkrankung nicht durchgeführt werden kann. 2. Bei richtiger Dosierung sind die Resultate der Thalliumepilation günstig. Unter gewissen Bedingungen müssen zur völligen Epilation 9 mg pro Kilogramm statt 8 mg gegeben werden. Bei Erwachsenen darf die Thalliumepilation in ihrer jetzigen Form nicht angewendet werden. 3. Die Methode der Thalliumepilation ist derart erprobt, daß Nebenerscheinungen schwerer Art nicht vorkommen. 4. Die Epilation mittels Thallium-Depilatoriumtabletten ist zuverlässiger, billiger, leichter und ungefährlicher als die Röntgenepilation. Sie kann bei Kindern — auch Säuglingen — bis zur Pubertät durchgeführt werden.

Erwiderung, von E. Zurhelle. S. 445. Zurhelle beabsichtigte mit seiner Bemerkung nicht, die Thalliumepilation abzulehnen, nur schien ihm ein weiteres Suchen nach ungefährlicher Anwendung der Röntgenepilation nach der damals vorliegenden Literatur gerechtfertigt. Inzwischen hat auch Verf. bei Kindern günstige Erfolge mit Thallium erzielt. F. Harry-Wiesbaden.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1927, Bd. 68, H. 1

Klinische Ausdrucksformen der Hautimmunität (Espressioni cliniche dell' immunità cutanea), von J. Cappelli-Florenz. S. 3. Eine Antrittsvorlesung orientierenden Inhalts.

Die Reaktionen, mit welchen die Haut auf Krankheitserreger antwortet und die Verteidigung des Organismus (Le reazioni della pelle contro gli agenti morbosi e la protezione dell' organismo), von G. Verrotti-Catania. S. 17. Eine Antrittsvorlesung orientierenden Inhalts.

Gürtelrose bei einem Fall von allgemeiner Sklerodermie (Herpes Zoster in sclerodermia generalisata), von A. Crosti, Univ.-Hautkl. Mailand. S. 37. Entwicklung eines Zoster in der pigmentierten Halsregion einer 47jähr. Kranken mit allgemeiner Sklerodermie. Keine reaktive Hautentzündung. Nur wenige Degenerationsherde entwickelten sich zu richtigen Bläschen. Der Zoster dürfte unabhängig von der Sklerodermie zufällig in dieser entstanden sein. Abbildung.

Klinischer und histologischer Beitrag zur Kenntnis des Lichen der Schleimhaut (Contributo clinico e istologico alla conoscenza del lichen delle mucose), von L. Nardelli. S. 48. Zwei Männer, 25 und 35 Jahre alt. Fall 1: ausschließlicher Lichen planus der Mundschleimhaut; Fall 2: Erkrankung der Haut des Präputialsackes. Mikroskopische Untersuchung. Die pharmako-dynamischen Hautuntersuchungen zeigten eine Steigerung des örtlichen sympathischen Tonus. In beiden Fällen war das Brocq-Bizzozerosche Zeichen gut auslösbar. Verf. hat das Verfahren teilweise etwas modifiziert. Er hebt seinen hohen Wert für die unklaren Fälle hervor. Abbildungen.

Ein Fall von Pseudobotryomykose seltenen Sitzes (Un caso di pseudo-botriomicosi a sede rara), von G. Montemartini, Path.-chir. Inst. Pavia. S. 58. Nußgroße Geschwulst auf dem Rücken der Zunge. Entwicklung innerhalb 7 Wochen. Exstirpation. Rezidivlose Heilung. Mikroskopisch: Benignes teleangiektatisches Fibrom. Parasiten und Entzündungen sind bei diesem Leiden sekundärer Natur. Abbildung.

Histogene Immunität nach Besredka und ihre therapeutische Verwertung bei einigen Fällen von Hautleiden (Immunità istiogena alla Besredka e sua applicazione terapeutica in alcuni casi di dermatosi [Nota preventiva]), von G. Del Vivo, Univ.-Hautkl. Genua. S. 65. Versuche an Tieren zeigten, daß diese Methode die Entwicklung von experimentell beigebrachten Krankheitskeimen verzögert; sie werden aber nicht getötet und behalten ihre Virulenz. Umschläge oder intrakutane Injektion der Filtrate sind wirksamer als subkutane Einspritzungen; intraperitoneale Einverleibung ist wirkungslos. Durch Hitze getötete Bouillonkulturen verhalten sich nicht anders als Filtrate. Die Filtrate sind ungiftig; eine Erhitzung bis zu 120° verändert ihre Wirkung nicht. Verwendet wurden Autovakzinen und Stichkulturen. Bei einigen Staphylomykosen des Menschen haben Umschläge gute Erfolge erzielt, auch wenn die Fälle anderen Methoden Widerstand geleistet hatten. Es gibt aber immer zu denken, daß in zwei Fällen auch unbeschickte Peptonbouillon zur Heilung führte.

Digitized by Google

Die Häufigkeit des Befundes von Treponema pallidum in der Zerebrospinalflüssigkeit Syphilitischer (La frequenza del reperto del treponema pallido nel liquido cerebro-spinale di sifilitici), von G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 72. Die Methode ist bereits Derm. Zschr., Bd. 47, angegeben (Versilberung von Schnitten des zentrifugierten Liquors). 150 Versuche an 131 Kranken verschiedener Stadien. 8mal positive Ergebnisse. Jedesmal waren schwere Veränderungen im Duralsack nachweisbar. Bei 19 mit Malaria und Salvarsan Behandelten wurde trotz Bestehens von Veränderungen keine Spirochäten gefunden. Die Pallidae sind im allgemeinen spärlich; sie finden sich frei im Liquor, sind in Gestalt und Bau unverändert und werden durch die lange Zentrifugierung nicht oder kaum geschädigt. Der Liquor ist kein vorzugsweiser Entwicklungsboden für die Spirochäte. Sie kann lange latent darin bleiben; die Abwehrkräfte des Körpers und die Heilmittel stehen auch hier ihrer Entwicklung hindernd im Wege.

Serologie und Lepra (Sierologia nella lepra), von L. Pais, Univ.-Hautkl. Cagliari. S. 84. 29 Leprafälle. Untersuchung der Reaktionen der Komplementbindung mit Lepraantigen und spezifischen Syphilisantigenen im Vergleich mit den Flockungsreaktionen von Sachs-Georgi, Meinicke und Bruck und den Trübungsreaktionen Meinickes. Der spärliche Prozentsatz mit der WR erhaltener positiver Resultate und die große Zahl autotropischer Reaktionen durch antikomplementäre Kräfte bringt Verf. in Beziehung zu wahrscheinlichen besonderen Störungen, die im Chemismus des leprösen Serums von den eingeführten medikamentösen Substanzen, vor allem des Chaulmoograöles erzeugt werden. Denn die antikomplementäre Kraft zeigt sich am häufigsten und stärksten während oder kurz nach Behandlungen mit Chaulmoogra. Nach anderen Behandlungen und nach längeren Pausen der Behandlung ist das nicht der Fall. Solche Sera zeigen keine bindenden Fähigkeiten, gleichviel welches Antigen verwendet wird. Das Serum der Lepra anaesthetica hat immer hämolysierende Eigenschaften. Die Sera anderer Lepra verhielten sich aber wechselnd, so daß es nicht jedesmal möglich ist, das Verhalten in Beziehung zu Veränderungen der Krankheit oder zur Behandlung zu setzen; doch scheinen Vakzine- und Autovakzinetherapie einen bestimmten Einfluß zu haben. In 45% hat Verf. mit der Methode von Jakobsthal positive Resultute erzielt (11 Sera). In Gegenwart leprösen Antigens hat das Komplement auch das syphilitische Serum fixiert. Die Flockungsmethoden, ausgenommen die DMR, welche immer zu negativen Ergebnissen führte, sprechen nach dem Verf. für das antikomplementäre Vermögen des Lepraserums. Etwa 18% der positiven Reaktionen der SGR und alle positiven nach Bruck hält er für autotropisch bedingt; Ursache ist das antikomplementäre, selbstflockende Vermögen des Serums.

Methode der Trübung und Flockung (Metodo di opacificazione e di flocculazione), von R. Dujarric de la Riviere, L. Gallerand und N. Kossovitch, Inst. Pasteur. S. 109. Benzoeharz und Gummigutt vermögen mit demselben Serum und demselben Komplement, das eine die Trübung, das andere die Ausflockung hervorzurufen. Beschreibung der Herstellung der Reagentien und der Technik. A. v. Notthafft-München.

Japanese Journal of Dermatology and Urology

1926, Bd. 26, Nr. 12

Studies on Lacquer Dermatitis, V. Susceptibility to Lacquer and Distribution of Fixed Alkali in the Skin of the Rabbits (Studien über Lackdermatitis: Über Empfindlichkeit gegen Lack sowie über die Verteilung der fixen Alkalien in der Kaninchenhaut), von I. Tôyama und H. Hayashi. S. 72. Die Empfindlichkeit der Haut gegenüber äußeren Reizen hängt nicht immer von der absoluten Menge an Alkalien der Haut ab; von größerem Einfluß ist eine Änderung in dem normalerweise beständigen Mengenverhältnis der Alkalien, besonders eine Änderung des Verhältnisses von Ca:K. Diese Änderungen ließen sich durch die Ernährungsart der Kaninchen experimentell erzielen (nur Grünfutter oder nur Kohlenhydrate und Salzsäure erzeugen diese Alkalischwankungen). Sinkt der Kalium-Calziumgehalt, steigt die Neigung zu Lackdermatitis und anderen Hautleiden. Es zeigen sich auch Beziehungen zwischen der Konzentration der Wasserstoffionen der Haut und ihrer Irritabilität, während die des Blutes von geringerer Bedeutung hierfür ist.

Digitized by Google

1927, Bd. 27, Nr. 1

Über den Gehalt der fixen Alkalien im Körper bei verschiedenen und die chemischen Blutuntersuchungen bei einigen Hautkrankheiten, von H. Nogishi. Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 1. Wie bei den Untersuchungen an der Kaninchenhaut, so lassen sich auch beim Menschen Beziehungen zwischen Alkaligehalt und Hautleiden feststellen. So zeigen juckende Dermatosen häufig verminderten Alkaligehalt, besonders in akuten Fällen, während bei den meisten anderen Hautleiden der Alkaligehalt normal ist. Auch beim Hunde steigert vermehrte Zuführung von HCl die Reizbarkeit der Haut. Die nach der Salzsäurezufuhr vorgenommene Behandlung der Hundehaut mit Krotonöl erzeugte viel schwerere Entzündungserscheinungen als vor der Salzsäuregabe. Gleichzeitig ließ sich eine Verminderung des Kalziumgehalts im Blutserum nachweisen. Es wird somit ein Zusammenhang zwischen Alkaligehalt und Ekzembildung angenommen.

Über Haematoporphyria congenita „Hans Günther", von K. Kitagawa, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 3. Ein 17jahr. Mädchen, aus einer Vetternehe stammend, seit der Geburt an Hämatoporphyria leidend, wurde 1½ Jahr beobachtet. Die Pat. ist gesund bis auf die an den unbedeckten Körperteilen auftretenden Hauteruptionen und die Urinanomalie. Die Blasen- und Geschwürsbildung der Haut läßt sich durch mechanische Reize erzeugen, jedoch viel schneller und heftiger durch die Einwirkung der Sonnenstrahlen. Auffallenderweise besteht aber keine Überempfindlichkeit gegen künstliche Höhensonne oder gegen Röntgen- oder Radiumbestrahlungen. Der Harn war stets, abgesehen von Porphyrinen, frei von pathologischen Bestandteilen. Im Kot und auch im Serum der Kranken waren Porphyrine nachweisbar. Frisches Meerschweinchenserum, versetzt mit Porphyrinserum, verlor durch Sonnenbestrahlung seine hämolytische Wirkung, und zwar proportional zu der darin enthaltenen Menge Uroporphyrin.

1927, Bd. 27, Nr. 2

Über die Dermatomykosen in Formosa mit besonderer Berücksichtigung ihrer Erreger, von M. Hasegawa, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 7. Beobachtung einer besonderen Form des Favus. Erreger: Abart des Achorion Schönleinii, die Verf. als Achorion formoseum bezeichnet. Die Herde dieser Favusart können konfluieren, die Schuppen sind grauweiß; die kranken Haare sind glanzlos, aber nie abgebrochen, sie lassen sich leicht ausziehen. Die Pilze finden sich in der Längsachse des Haarschafts und im Bulbus, Luftbläschen waren nicht nachzuweisen. Die Kultur gelingt auf Glukoseagar nach Sabouraud, ist zuerst gelb, später bräunlich. Der Pilz läßt sich auf Kaninchenhaut leicht überimpfen. Außer Favus fand man auf Formosa Trichophytien und Tinea imbricata, letztere hervorgerufen durch Endodermophyton tropicale.

1927, Bd. 27, Nr. 3

Beiträge zur Kenntnis der Zahnanomalie, insbesondere der Hutchinsonschen Zähne bei angeborener Syphilis, von A. Shiga. S. 11. Die Hutchinsonsche Zahnanomalie ist eine dystrophische Entwicklungsstörung der ganzen Zahnkronen der oberen Schneidezähne und streng zu scheiden von Schmelzhypoplasien. Die halbmondförmige Einziehung ist weniger charakteristisch als Pfahl-, Pflock-, Tonnen- oder Schraubenzieherform. Die Halbmondform ist davon nur eine Unterart und nur in Verbindung mit anderen Kronendystrophien als syphilitische Zahnveränderung anzusehen. Die Syphilis befällt nur in den allerseltensten Fällen auch die unteren Schneidezähne. Hutchinsonsche Anomalien kommen an Milchzähnen nicht vor, nur andere Schmelzhypoplasien oder Karies, die nichts mit Lues zu tun haben. Als Ursache nimmt Verf. syphilitische Knochenaffektionen des Zwischenkiefers im fötalen Leben an.

Die Ergebnisse der Liquoruntersuchung bei angeboren luetischen Kindern, von I. Ehara, Univ.-Hautkl. Okayama. S. 12. Die Untersuchungen betreffen hauptsächlich ältere Kinder und Halberwachsene, weniger Säuglinge. Bei den 80 untersuchten Kindern war die WR im Liquor nur viermal positiv (Imbezillität und juvenile Paralyse); dagegen ergaben die übrigen Liquorproben (Nonne, Pandy usw.) in 73% positive Ergebnisse; am häufigsten zeigte sich Pleozytose, einerlei wie alt die Kinder waren.

1927, Bd. 27, Nr. 4

Über Calcinosis universalis, von R. Masuda, Derm. Univ.-Kl. Sendai. S. 15. Unter rheumatischen Symptomen und unter Fieber treten besonders an den Gelenken,

Digitized by Google

aber auch an Gesicht und Brust, Schwellungen auf. Nach Rückbildung der Schwellung bleiben Knoten, die allmählich steinhart werden. Sie entleeren oft unter Eiterbildung krümelige Kalkmengen, danach bilden sich Fisteln. Die Haut in der Gegend der Knoten beider Gelenke ist sklerodermatisch verändert. Die Kalkmassen bestehen aus Calziumkarbonat und -phosphat. Die Krankheitsherde sind symmetrisch lokalisiert, so daß eine Ätiologie äußerer Art unwahrscheinlich ist. Auffallend war eine abnorme Steigerung der Blutsenkungsgeschwindigkeit. Behandlung mit Ovarialextrakten und Adrenalin brachte Erleichterung. Jodkali und Thyreoidin verschlechterten das Befinden. Man nimmt eine Funktionsstörung des Kalkstoffwechsels an.

Nochmals über Mycosis fungoides, von E. Kanno, Derm. Univ.-Kl. Tokio. S. 17. An 4 Fällen von Mycosis fungoides machte Verf. folgende übereinstimmende Befunde: 1. heterotrope Lymphombildung im subkutanen Gewebe; 2. Pigmentverschleppung aus der Oberhaut in die Lederhaut und extrazellulär gelagertes Pigment in den Lymphomen und den regionären Lymphdrüsen; 3. einen merkwürdigen Mechanismus des Haarausfalls; durch entzündliche Infiltration in den Haarpapillen und Haarwurzelscheiden. Auf Grund solcher Befunde neigt Verf. zu der Annahme, daß die Mycosis fungoides der Lymphogranulomatosis nahesteht.

On Adiposcleronecrosis Subcutanea Neonatorum (Über Adiposcleroneorosis subcutanea der Neugeborenen), von K. Nakagawa. S. 19. Eingehende Beschreibung eines Falles. Hervorhebenswert ist, daß Verf. diese Erkrankung als eine leichte Form des Sclerema neonatorum ansieht. Auch in seinem Falle kam die Krankheit zur Ausheilung. Die Ätiologie ist ungeklärt, es wird nur darauf hingewiesen, daß, wenn zur Adiposkleronekrosis noch Unterernährung hinzukommt, wohl ein Sklerema entstehen würde.

A. de Lemos-Hamburg.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, Nr. 5

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'impétigo herpétiforme (Beitrag zum Studium der Ätiologie der Impetigo herpetiformis), von F. Walter, Derm. Kl. Krakau. S. 257. Beschreibung von zwei Fällen von Impetigo herpetiformis, bei denen Tetanieerscheinungen nachzuweisen sind. Bei einer Patientin trat die Tetanie im 6. Monat der 8. Schwangerschaft auf, 6 Wochen vor dem ersten Ausbruch der Impetigo herpetiformis. Durch Injektion von normalem Gravidenserum gelang es, beim 2. Fall eine Besserung der Erscheinungen herbeizuführen. Hier blieb die Tetanie latent. Verf. glaubt, daß das endokrine Drüsensystem in der Schwangerschaft stärker arbeitet, und daß deshalb schon vorher latente Funktionsstörungen der endokrinen Drüsen rascher zum Ausbruch kommen. Eine puriglanduläre Insuffizienz kommt nach Walter ätiologisch bei der Impetigo herpetiformis in Frage. Zwischen Tetanie und Impetigo herpetiformis bestehen ätiologisch Berührungspunkte.

Traitement du rhumatisme et des septicémies blennorragiques par les injections intraveineuses de sérum antigonococcique (Behandlung des Tripperrheumatismus und der blennorrhoischen Septikämie mit intravenösen Antigonokokkenseruminjektionen), von P. Ravaut und Ducourtioux. S. 266. Das Nicollesche Antigonokokkenserum besitzt spezifische Eigenschaften. Zur Erzielung einer schnellen und energischen Allgemeinreaktion ist intravenöse Injektion erforderlich; mit intramuskulären und subkutanen Injektionen erhält man keine guten Erfolge. Sehr zu empfehlen ist die intraartikuläre Einspritzung, sie ist aber nur bei großen Gelenken anwendbar. Das Antigonokokkenserum wird nie pur injiziert, sondern in 0,9%iger NaCl-Lösung im Verhältnis 1 : 10 gelöst; man kann auch 20%ige Natriumthiosulfatlösung als Verdünnungsmittel verwenden. Manchmal empfiehlt sich $^1/_4$—$^1/_2$ ccm einer 1‰igen Suprareninlösung zuzusetzen. Zuerst werden 10—20 ccm injiziert, um die Verträglichkeit festzustellen. Später werden alle 2—3 Tage 40 ccm injiziert. Nebenerscheinungen sind vorübergehender Natur. Schon nach der ersten Injektion läßt beim Tripperrheumatismus der Schmerz bald nach, die Einwirkung auf die Gelenkschwellungen ist langsamer, aber konstant. Auf diese Weise konnte frühzeitig mit der Gelenkmobilisation begonnen werden, so daß Ankylosen vermieden wurden. Bei alten Fällen ist keine direkte Wirkung zu beobachten. Auf septische Fälle hat die Seruminjektion gute Wirkung. Temperatur sinkt bald, die Anämie verschwindet, der Allgemeinzustand bessert sich bald. — Anführung von Krankengeschichten.

Digitized by Google

Lupoides miliaires disséminées (Miliares disseminiertes Lupoid), von G. Duwé-Brüssel. Bei einem 32jährigen Mann sind Rumpf und Extremitäten mit linsengroßen, bräunlichroten, erhabenen Effloreszenzen übersät. Die frische Effloreszenz besteht aus einem rosa Flecken, der auf Druck verschwindet; allmählich entwickelt sich eine harte Infiltration; es besteht keine Neigung zur Ulzeration. Auch im Gesicht, an Augenlidern, Lippenrändern, Nasolabialfalte und Kinnfurche finden sich zahlreiche rötliche Effloreszenzen. Die Affektion begann vor zwei Jahren in der Leiste. Keine Drüsenschwellungen. Innere Organe o. B. WR negativ. Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose.

Lipomatose et hypercholestérinémie (Lipomatosis und Hypercholesterinämie), von Ch. Laurentier und A. Valdiguié, Derm. Kl. Toulouse. S. 297. Bei 10 Fällen von Lipomatosis fand sich Hypercholesterinämie. Aus diesem Befund schließen die Verff. auf Beziehungen zwischen Lipomatosis und Xanthomatosis. A. Holländer-Bielefeld.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1927, Jahrg. 3, Nr. 6

La photosensibilisation (Die Photosensibilisierung), von E. und H. Bancani. S. 323. Sie ist therapeutisch zu erreichen durch Einverleibung bestimmter Substanzen per os, durch die Haut oder intravenös. Die meisten dieser Substanzen sind gleichzeitig fluoreszierende Medien, müssen es aber nicht sein. Die photosensibilisierende Kraft ist meist proportional dieser fluoreszierenden Eigenschaft. Im Gegensatz hierzu wirkt das Gentianaviolett z. B. sehr stark auf Bakterien, das Fluoreszin sehr schwach. Die Sensibilisierung der Haut für Strahlen durch vorherige Einverleibung photosensibler Substanzen für therapeutische Zwecke ist Sache der Zukunft.

La lumière de Wood et ses applications médicales (Das Woodsche Licht und seine Anwendung in der Medizin), von J. Meyer und Saidman. S. 344. Die Arbeit bringt aber gegenüber den Zusammenstellungen Brommers aus der Gießener Klinik (Derm. W., 1926, Nr. 8) nichts Neues.

A propos de la radiothérapie indirecte en dermatologie (Zur indirekten Strahlenbehandlung in der Dermatologie), von P. Cottenot. S. 353. Übersicht über die bisherigen Resultate der indirekten Röntgenbestrahlung. Die wechselnden Erfolge z. B. bei Thymus- und Thyreoideabestrahlung bei Psoriasis, Hypophysenbestrahlung usw. bei Alopecia areata, Sklerodermie, Pruritus, Rückenmarks- und Spinalganglienbestrahlung, Bestrahlung des Sympathikus sind Etappen auf dem Wege unserer Erkenntnis auf diesem Gebiet. Sachlich bringt die Arbeit nichts wesentlich Neues.

Biotropisme microbien par agents physiques (Spezifische Bakterienwirkung physikalischer Agentien), von G. Milian. S. 362. Unter Biotropismus versteht M. steigernde, stimulierende Wirkung, unter Nekrotropismus tötende Einwirkung auf Mikroben. Erklärung der Kältewirkung (Nephritis e frigore z. B.) durch Lähmung der Abwehrkräfte des Organismus, Licht- und Röntgenwirkung durch Steigerung der Vitalität der Mikroben. So beobachtete M. zwei für Drüsentuberkulose gehaltene Fälle, die geröntgt wurden, zur Spontanöffnung der „Drüsen" führten und sich alsdann als syphilitische Gummata entpuppten. Die früher bei Karzinombestrahlung öfter beobachteten Todesfälle erklärt M. nicht durch Toxinzerfall, sondern durch Steigerung der Vitalität der Wundbakterien, welche alsdann zu Sepsis führen. Seitdem der Röntgenologe das Bestrahlungsfeld antiseptisch vorbehandelt und die Bakterien dadurch bekämpft, sind diese Todesfälle nach M. sehr selten geworden. H. Lippert-Köln.

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 16, Nr. 1

The Skin Picture in Hematopoietic Diseases (Hauterscheinungen bei Erkrankungen des hämatopoëtischen Systems), von O. Gans-Heidelberg. S. 1. Die Lymphadenosis cutis universalis erscheint klinisch als diffuse stark juckende Schwellung der ganzen Haut, deren Oberfläche zuweilen ekzematöse oder lichenoide Veränderungen aufweist. Wachstumsstörungen der Haare und Nägel kommen vor. Die Unterscheidung von Mycosis fungoides und Pityriasis rubra ist oft unmöglich. Histologisch sind die Zellanhäufungen charakterisiert durch den einförmigen Typus der Lymphozyten. Die

Digitized by Google

Lymphadenosis cutis circumscripta besteht aus multiplen umschriebenen Hautknoten, die in der Größe variieren und von teigiger Konsistenz sind, mit einer braunen oder bläulichroten, von feinen Gefäßerweiterungen durchzogenen Oberfläche. Sie treten meist im Gesicht auf, machen keine Beschwerden und ulzerieren nicht. Die Hauterscheinungen bei myeloischer Leukämie sind nicht spezifisch; sie treten als seborrhoisches Ekzem, als hämorrhagisches Exanthem usw. am Körper auf. Histologisch bestehen die Zellmassen aus Myeloblasten; gelegentlich kommen eosinophile und Mastzellen hinzu. Bei Chlorom sieht man zuweilen grüne und grünschwarze Hautknoten. Die Stellung der Leukosarkomatosis, deren Blutbild Vermehrung der großen mononukleären Zellen aufweist, im System ist unbestimmt, da die Übergänge zur Leukämie sich verwischen. Verf. beschreibt einen Fall von Polyzythämie mit einer Hauterscheinung, die einem tiefsitzenden Naevus vasculosus ähnlich sah und histologisch das Bild wie bei einer myeloischen Leukämie bot. Eine genaue Einteilung der Hauterscheinungen bei diesen Bluterkrankungen ist nicht möglich, ehe die Ätiologie nicht geklärt ist.

Lupus erythematosus: Treatment with Tuberculin (Lupus erythematodes: Behandlung mit Tuberkulin), von A. B. Cannon und G. G. Ornstein-New York. S. 8. Verff. behandelten 15 Fälle von Lupus erythematodes mit Injektionen von Alttuberkulin: 3 heilten völlig, 7 zeigten wesentliche Besserung und 5 blieben unbeeinflußt. Bemerkenswert war in allen Fällen die Überempfindlichkeit gegen Tuberkulin, besonders in den Fällen, die gut auf diese Therapie ansprachen. Eine Gefahr bedeutet diese Therapie nicht, wenn genügend hohe Verdünnungen gegeben werden und keine viszerale Tuberkulose besteht. Üble Erfahrungen haben Verff. nicht gemacht; die Todesfälle, die von anderen Autoren berichtet werden, sind wohl auf Injektion zu hoher Dosen zurückzuführen.

Predisposing Factors in Eczema (Für Ekzem prädisponierende Faktoren), von L. G. Beinhauer-Pittsburgh. S. 12. Verf. stellte bei 114 Ekzemfällen fest, daß sämtliche an irgend einer konstitutionellen Erkrankung, besonders des exkretorischen Systems und des Stoffwechsels, litten. 114 Patienten mit anderen Hautkrankheiten (Psoriasis usw.) wiesen nur in 23,6% der Fälle ebensolche Symptome auf. Die Erkrankung des Körpers bedingt eine Krankheitsbereitschaft der Haut. Eine Ekzemtherapie hat also immer den ganzen Körper in Betracht zu ziehen.

The Sugar Content of Whole Blood in Syphilis (Der Blutzuckergehalt bei Syphilis), von I. Rosen und F. Krasnow-New York. S. 16. Von 120 Syphilitikern verschiedenen Alters und in verschiedenen Stadien zeigten 68% einen Blutzuckergehalt von 70—100 mg pro 100 ccm des ganzen Blutes, 9% zeigten unter 70 mg und 23% einen Wert über 100 mg pro 100 ccm. Patienten, die einen niederen oder hohen Blutzuckergehalt bei uneingeschränkter Diät hatten, gaben nicht immer einen korrespondierenden Wert beim Fasten.

Lattice Fibers: Their Diagnostic Value in Epithelioma (Gitterfasern: ihr diagnostischer Wert beim Epitheliom), von St. C. Way-San Francisko. S. 25. Bei entzündlichen und neoplastischen Prozessen bilden sich zarte Fasern, die nur durch Silberimprägnation färbbar sind und als „Gitterfasern" bezeichnet werden. Sie sind nicht identisch mit elastischen Fasern; im Gegenteil, je mehr Gitterfasern, um so mehr verschwinden die elastischen Fasern. Die Gitterfasern sind geeignet, den Grad der Malignität zu bestimmen. Ein Epitheliom ist gutartig, wenn es ganz von einem dichten Netzwerk von Gitterfasern umgeben ist, vorausgesetzt, daß die Krebszellen nicht in die umgebenden Fasern eindringen und daß eine bestimmte Demarkationslinie zwischen beiden besteht. Es handelt sich um ein malignes Epitheliom, wenn die Gitterfasern in geringer Anzahl vorhanden oder ganz abwesend sind und wenn die Krebszellen in die begrenzenden Gitterfasern eindringen. Wenn ein aus einem Naevus entstandenes Epitheliom ein Stroma hat, das hauptsächlich aus Gitterfasern zusammengesetzt ist, und wenn sich nur wenige gleiche Fasern an der Geschwulstperipherie finden, so ist es höchst maligne. Je dichter die Gitterfasern um die Geschwulst, um so geringer die Neigung zur Metastasenbildung. Gitterfasern fehlen stets bei benignen, nichtentzündlichen und nichtpigmentierten Naevi.

Extensive Sarcoma of Skin Treated by Unfiltered Roentgen Ray (Ausgedehntes Hautsarkom, behandelt mit ungefilterten Röntgenstrahlen), von L. F. Craver-New York. S. 35. Bericht über einen Fall von multiplem, histologisch festgestelltem Spindelzellensarkom am rechten Knie und Oberschenkel, dessen Verlauf insofern eigenartig war, als nach Röntgenbestrahlung die Tumoren völlig verschwanden und eine eitrige Kniegelenksentzündung sich entwickelte. Am linken Oberschenkel traten eben-

Digitized by Google

falls kleine Tumoren auf, die spontan verschwanden. Ob es im ganzen eine infektiöse Erkrankungung war, bleibt dahingestellt. Bemerkenswert war die gute Wirkung der weichen Röntgenstrahlen.

Dermatitis Produced by Balsam of Peru (Dermatitis durch Perubalsam), von C. L. Cummer-Cleveland. S. 44. Bericht über eine schwere Dermatitis nach Perubalsam. Sicherlich kann Perubalsam durch Resorption auch Fieber, Enteritis und Nephritis verursachen.

Scabies: A Small Institutional Epidemic with Interesting and Unusual Features (Krätze: Eine kleine Institutsepidemie mit interessanten und ungewöhnlichen Zügen), von P. E. Bechet-New York. S. 51. Eine Epidemie bei Säuglingen und Ammen zeigte sich bei ersteren atypisch nur am Rumpf, während Füße und Hände freiblieben; das Rumpfexanthem erinnerte durchaus nicht an Skabies. Bemerkenswert war die außerordentlich schnelle Übertragung, so daß Verf. besonders den Ärzten eine gründliche Desinfektion nach Behandlung von Skabiesfällen empfiehlt. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Mitteilungen aus der Literatur

Blennorrhoe

c. Therapie

Über die häufigsten Fehler bei der Injektionsbehandlung der männlichen Gonorrhoe und ihre Vermeidung, von A. Glingar. (Ärztl. Praxis, 1927, Nr. 3, S. 65.) Hervorhebung der großen Bedeutung einer richtigen Technik des Spritzens. Von wichtigen Einzelheiten erwähnt Verf.: Aufklärung der Pat. über die Art der Selbstspritzungen am besten durch praktische Belehrung. Empfehlung von Katheterspülungen der Pars anter. bei langer phimotischer Vorhaut. Besprechung der Technik der Janetspülungen der Pars anter. und poster. und der Guyonschen Instillationen. Verf. warnt vor Überbehandlung durch Anwendung zu hochkonzentrierter Lösungen und betont die Wichtigkeit der mechanischen Behandlung der Drüsen usw. neben der Injektionsbehandlung.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Behandlung der Gonorrhoe mit intravenösen „Gonakrine"injektionen (Tratamentul blenoragiei cu Gonacrina intravenos), von V. Trifu. (Rev. med. Spitalul. 1927, Nr. 3.) Das Gonakrine, ein Dimethylakridinchlorhydrat, verwendet Verf. bei allen Arten von Tripperfällen bei Männern und Frauen als i.-v.-Injektion. Bei Komplikationen müssen auch die sonst üblichen Methoden angewandt werden. In diesen Fällen ist aber die gleichzeitige i.-v.-Gonakrineinjektion von großem Nutzen, da es auf die entzündlichen Symptome und den Ausfluß günstig einwirkt. H. Colman-Berlin.

L'immunisation locale dans les urétrites gonococciques aiguës par l'antivirus (Die örtliche Immunisierung durch Antivirus bei den blennorrhoischen Urethritiden), von Barbilian, H. Voscoboinic und Franke. (Paris med., 1927, Nr. 22, S. 506 bis 511.) Der Versuch einer örtlichen Immunisierung beruht auf der Theorie von Besredka, daß jede Infektion eine bestimmte Eingangspforte infolge spezifisch empfindlicher Zellen hat; auf diese muß das Antivirus direkt einwirken. Von einer örtlichen Immunisierung kann bei der Blennorrhoe nur so lange die Rede sein, als der Prozeß in der Anterior noch oberflächlich ist und die Posterior noch nicht ergriffen hat, also in den ersten 2—3 Tagen. Es wurden zunächst nur erstmalig erkrankte Personen der Behandlung unterworfen, die in Einspritzungen von 5—10 ccm des Filtrates einer Gonokokken-Reinkultur auf Bouillonaszites besteht, die 1 Stunde lang in der Harnröhre verbleiben sollen. Nach 5—8 Tagen werden Instillationen in die Posterior hinzugefügt. Es wurde in ungefähr 3 Wochen durch Spermakultur bestätigte Heilung erzielt. Wieweit die Methode zur Prophylaxe zu verwerten ist, müssen weitere Versuche zeigen; einige wenige prophylaktisch behandelte Personen sind bisher nicht erkrankt.

E. Levin-Berlin.

Die Behandlung der Gonorrhoe mit Malaria und Saprovitan, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (M. m. W., 1927, Nr. 23, S. 959.) Saprovitan ist ein Gemisch lebender Saprophyten, das intravenös gegeben wird und gut dosierbar ist. Bei der Impfmalaria verläuft der Fieberanstieg ruhiger als bei Saprovitan. Spiethoff hat daher die Saprovitaninjektionen aufgegeben. Auch ist die Malariatherapie in kürzerer Zeit wirksam.

Digitized by Google

Es ist aber Voraussetzung, daß gleichzeitig die Möglichkeit der Lokalbehandlung besteht. Das Malariatoxin reicht auch bei 10 Anfällen nämlich zur Vernichtung der Gonokokken nicht aus. An sich hält Sp. die Behandlung für ungefährlich, sie darf natürlich nur klinisch durchgeführt werden. Die bisherigen Erfolge berechtigen zu ihrer Beibehaltung.
H. Lippert-Köln.

Die Röntgentherapie der Arthritis gonorrhoica, von G. Schulte-Recklinghausen. (M. m. W., 1927, Nr. 17, S. 717.) Auf Grund sehr guter Erfolge in einigen Fällen tritt Verf. für die zuerst von Wetterer angegebene Röntgenbehandlung bei der Arthritis blennorrhoica ein. Die von Wetterer angegebenen hohen Dosen harter Strahlen können mit demselben guten Ergebnis durch kleine Strahlendosen ersetzt werden, so daß irgend welche Schädigungen nicht zu befürchten sind. Bestrahlungstechnik: Neo-Intensiv-Reform-Apparat mit Gleichspannung 210 KV.; Filter: 1,0 Cu + 1,0 Al. Die Gelenke wurden je nach ihrer Dicke von 2 oder mehr Feldern homogen durchstrahlt. Die Dosis betrug 10 oder 15% der HED. Die Bestrahlungen wurden nicht in bestimmten, gleichen, zeitlichen Intervallen verabfolgt, sondern es wurde mit der nächsten Bestrahlung gewartet, bis eine Bestrahlung sich ausgewirkt hatte und ein Fortschreiten der Besserung aufhörte und ein Stillstand eingetreten war. Verf. redet einer frühzeitig einsetzenden Röntgentherapie dringend das Wort, die rasches Nachlassen der Schmerzen und baldige Beweglichkeit zur Folge hat.
B. Peiser-Berlin.

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Über verschiedene Formen des Eunuchoidismus beim Manne, von J. S. Galant-Moskau. (Anat. Anz., 1927, Bd. 62, Nr. 19/20, S. 379.) Verf. schlägt vor, neben den bisher bekannten Formen des Eunuchoidismus beim Manne — eunuchoider Hochwuchs und eunuchoider Fettwuchs — zwei neue Formen zu unterscheiden: den infantil-femininen Eunuchoidismus und den rein femininen Eunuchoidismus des Mannes. Es wird je ein Fall dieser Formen beschrieben.
O. A. Schwarz-Berlin.

Forme neutre, changement de sexe de l'ovaire et valeur de CΘ chez les poules de race Sebright normale, variété dorée. (Présentation de sujets) (Neutrale Form, Geschlechtswechsel des Ovariums und Rückbildung des Kammes bei Hühnern der normalen Rasse Sebright, goldgelb gefärbte Abart), von Pézard und Caridroit. (Compt. rend., 1927, Bd. 96, Nr. 14, S. 1101—1104.) Bei der Sebright-Rasse hat der erwachsene Hahn das Gefieder des Huhnes; Kastration bewirkt bei ihm Auftreten des männlichen Gefieders gewöhnlicher Rassen, gleichzeitig Rückgang des Kammes, Verschwinden der Sexualempfindung und des Krähens. Der Hoden übt also hier denselben Einfluß aus wie das Ovarium bei den gewöhnlichen Hühnerrassen. Zu untersuchen blieben noch die Veränderungen nach Ovariektomie; hiernach war das neue Gefieder dem alten ähnlich, doch fiel bei einem Tiere ein ungewöhnliches Wachsen des Kammes auf, das an Neubildung von Hodengewebe denken ließ. Tatsächlich fanden sich an der einen Seite zwei kleine Knötchen, die embryonales Hodengewebe enthielten; sie werden teils auf Reste der ursprünglichen Anlage, teils auf intersexuelle Umwandlung eines zufällig überpflanzten Ovariengewebes zurückgeführt. Nach ihrer Entfernung bildete sich der Kamm unmittelbar wieder zurück.
E. Levin-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase

Die Operation der Elefantiasis scroti et penis, von E. Nägelsbach-Adis Abeba (Abessinien). (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 6, S. 282.) In Westabessinien gibt es sehr viele Fälle obiger Krankheit. Oft hängt das Skrotum bis zur Erde herab. Eine Ursache für die Elefantiasis, insbesondere Filarien, war nicht zu finden. Verf. führte diese besonders durch stark auftretende Blutungen erschwerte Operation unter primitivsten Verhältnissen in Lokalanästhesie aus. Er gibt eine ganz genaue Beschreibung der Vorbereitungen und der Operation selbst zur Anleitung für Tropenärzte. Er hatte nur Dauererfolge und verhalf — unter voller Schonung der Hoden und Herstellung kohabitationsfähiger Membra — den Patienten zu normal großem Skrotum.
H. Colman-Berlin.

Zur Tuberkulose der Urethra, von H. Kudlich, Path. Inst. Dtsch. Univ. Prag. (Zschr. f. Tbc., 1927, Bd. 48, H. 2, S. 115.) 5 Monate alter Knabe, klinische Diagnose: Pädatrophie, Dekubitus usw. Sektionsbefund: Käsig-pneumonischer Herd mit beginnen-

Digitized by Google

dem Zerfall in der Spitze des linken Unterlappens und ausgeprägte lymphoglanduläre Komponente des Primärkomplexes. Bohnengroßer, käsiger, tuberkulöser Herd im Corpus cavernosum urethrae neben der Fossa navicularis, mit einem längsgestellten tuberkulösen Geschwür in der Schleimhaut darüber und miliaren Tuberkeln in der Urethralschleimhaut. Tuberkulöse Lymphadenitis und Verkäsung der inguinalen Lymphknoten.
M. Cohn-Dresden.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Results of Operation for Undescended Testis (Resultate von Leistenhodenoperationen), von J. S. Eisenstaedt-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, H. 18, S. 1389.) 15 Fälle. Von diesen waren 8 jünger als 7 und 7 jünger als 14 Jahre. Die Hauptsache bei der Operation ist die Lösung des Samenstranges von den zahlreichen bindegewebigen Adhäsionen und die Freilegung des inneren Leistenringes. Wichtig ist die Schonung der versorgenden Gefäße, um spätere Atrophie zu vermeiden. Die herabgeholten Hoden konnten teils bis zur Mitte, teils bis zum Grunde des Hodensackes gebracht werden. Die Nachuntersuchung nach 1—10 Jahren zeigte gute Resultate.
H. Colman-Berlin.

Über die fermentativen Eigenschaften des Prostatasekrets im Zusammenhang mit der Bedeutung der Prostata in der Spermatozoenbewegung, von W. M. Karassik-Leningrad. (Zschr. f. ges. exp. Med., 1927, Bd. 53. H. 5/6, S. 734.) Verf. geht von der Fragestellung aus, ob im Sekret der Prostata ein Ferment vorhanden ist, das Polysaccharide zu spalten vermag. Auf Grund von an Hunden ausgeführten Versuchen kommt er zu dem Ergebnis, daß in dem gewonnenen Ejakulat ein den Stärkekleister bis zum Verschwinden der Jodreaktion veränderndes Ferment enthalten ist. Da nun ferner Traubenzucker ein die Spermatozoenbewegung stimulierendes Agens ist, und da weiter das Erhitzen des Prostatasekretes zu einer verminderten Stimulation der Spermatozoenbewegung führt, wird angenommen, daß die oben beschriebene Eigenschaft des Ejakulats von der Anwesenheit eines die Polysaccharide spaltenden Ferments abhängt. Die Anwesenheit eines so gearteten Ferments in den Geschlechtswegen des Männchens wird dem analogen Befunde beim Weibchen gegenübergestellt. O. A. Schwarz-Berlin.

Gynäkomastie nach Prostatektomie, von R. Oppenheimer, Urol. Abt. Krkhs. Rote Kreuz, Frankfurt a. M.) (D. m. W., 1927, Nr. 21, S. 883.) Bericht über 2 Fälle von Gynäkomastie, die mehrere Monate nach der Operation auftrat.
F. Harry-Wiesbaden.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Urobenyl bei Infektion der Harnwege, von R. Gaschke-Wien. (Fortschr. d. Med., 1927, Nr. 5.) Das Urobenyl, ein Benzylhexamethylentetramin mit saurem Phosphatzusatz, wirkt dank seiner Zusammensetzung im sauren und alkalischen Harn. Das im Urobenyl enthaltene Benzyl, das Saligenin, soll Reizzustände der Blase bei längerem Gebrauch des Mittels verhindern. H. Lewinsky-Berlin.

A Reversal of the Normal Concentration of the Urine in Children Having Enuresis (Eine Umkehrung der normalen Harnkonzentration bei Kindern mit Enuresis), von A. Friedell-Minneapolis. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 5, S. 717 bis 721.) Kinder mit Enuresis können in 3 Gruppen geteilt werden: 1. solche mit höherer Konzentration des Harns bei Nacht als bei Tage; 2. solche mit gleicher oder nur wenig höherer Konzentration des Tagesharns; 3. solche mit dauernd und ausgesprochen höherer Konzentration des Harns bei Tage als bei Nacht. Während im allgemeinen die psychische Behandlung von 39 Enuresiskindern mit subkutanen Einspritzungen von sterilem Wasser bei 87% gute Erfolge gab, versagte sie bei Kindern der Gruppe 3 und wurde bei solchen der Gruppe 2 nur mit größerer Mühe erzielt. E. Levin-Berlin.

e. Weibliches Genitale

Behandlung des Scheidenausflusses mit Unguent. argent. nitr., von Hartog-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 20, S. 756.) Neben der auf Beeinflussung der den Ausfluß bedingenden konstitutionellen Momente beruhenden Behandlung mit Kalk und Bädern ist meist wegen der Veränderungen der Scheidenwand örtliche Behandlung erforderlich. Für diese bewährte sich Argent nitr., das man zunächst als 2%ige Lösung anwandte, das aber noch bessere Erfolge gibt, wenn man es als Salbe (1% + Bals. peruvian. 10%) auf Tampons einführt, die 24 Stunden liegenbleiben und nach Bedarf mehrmals nach je 3 Tagen wiederholt werden. Keine Spülungen. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Über Harntaschenbildung in der weiblichen Harnröhre, von A. Brandes, Chir. Univ.-Kl. Königsberg i. Pr. (Bruns Beitr., 1927, Bd. 139, H. 4, S. 730.) Unter eingehender Besprechung des pathologisch-anatomischen und klinischen Bildes der im Titel genannten Anomalie, und unter Beibringung einer Krankengeschichte kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß die Bezeichnung „Harnröhrendivertikel" bei der Frau durch den Begriff „Harntasche" ersetzt werden sollte. Der Zustand ist selten, als Ursache kommt meist Geburtstrauma oder periurethraler Abszeß in Frage, selten kongenitale Anlage. Differentialdiagnostisch soll an dieses Erkrankungsbild stets gedacht werden. Die Diagnose kann durch Röntgenbild mit Kontrastfüllung gesichert werden. Therapeutisch kommt nur radikale Exzision in Betracht. O. A. Schwarz-Berlin.

Über Occlusio vulvae interlabialis im Kindesalter und ihre Behandlung, von K. Ochsenius-Chemnitz. (D. m. W., 1927, Nr. 20, S. 838.) Die Erkrankung ist keine Atresie, sondern entsteht durch Verklebung, die zur Membranbildung führt. Die Ebene, in der die Membran liegt, befindet sich vor dem Vestibulum, meist zwischen den kleinen Labien. Der solideste Teil der Verklebung liegt in der Gegend des Frenulums und reicht mehr oder weniger weit bis zur Urethra. Die Behandlung besteht in stumpfer Durchtrennung der Verwachsungen von oben nach unten, danach Auswaschen mit Borwasser und Einfetten der Wundränder. F. Harry-Wiesbaden.

Über weibliches Sexualhormon, Menformon. V. Über den feminisierenden Einfluß des Menformons auf die unentwickelte Brustdrüse, von E. Laqueur, S. E. de Jongh und M. Tausk, Pharm.-Ther. Univ.-Labor. Amsterdam. (D. m. W., 1927, Nr. 21, S. 867.) Menformonlösungen mit minimaler Trockenmenge, subkutan oder intraperitoneal injiziert, regen das Wachstum des sekretorischen Teiles der Mamma bei unentwickelten Ratten beiderlei Geschlechts und auch bei entwickelten männlichen Ratten an. F. Harry-Wiesbaden.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Zur Frage des Geschlechtslebens des Bauern, von G. Klebanow. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 8.) (Russisch.) Ausfragungen von Bauern im Kanton Tschistopol der Tatrespublik (fr. Gouv. Kasan) ergaben, daß von den Russen 10%, von den Tataren 14% bereits im Alter von 14—16 Jahren koitierten, dabei erfolgte bei den dort vorkommenden frühen Eheschließungen der erste Koitus

	Bei den Russen	Bei den Tataren
Mit der Frau in	47,8%	69,7%
Mit einem bekannten Mädchen in . . .	36,9%	17,9%
Mit einem unbekannten Mädchen in . .	1,9%	—
Mit einer Frau in	8,0%	1,8%
Mit einer Prostituierten in	1,0%	3,6%

Von den Verheirateten hatten nebenbei außerehelichen Verkehr unter den Russen 9%, unter den Tataren 2%. Trotz des frühen geschlechtlichen Verkehrs masturbierten, bzw. hatten masturbiert von den Russen 33%, von den Tataren 51%.
A. Jordan-Moskau.

Chinesisches Geschlechtsleben, von A. Hartmann-Changsha. (M. m. W., 1927, Nr. 18, S. 777.) Verf. warnt deutsche Mädchen vor Heiraten mit Chinesen, da sie in China völlig recht- und schutzlos der Willkür ihres Gemahls und dessen Familie preisgegeben, auch Nebenfrauen gegenüberstehen. Die Zurückhaltung der chinesischen Mädchen ist vorbildlich, dagegen genügt die Mutter ihrer Säugepflicht in vollster Öffentlichkeit. Die Singsong-Girls, die bei festlichen Gelegenheiten die Gäste unterhalten, treiben diesen Beruf in völlig harmloser Weise, während ihre Besuche in den Hotels weniger harmlos sind. Geschlechtskrankheiten sind ungeheuer verbreitet. Mädchen und Frauen werden nie, die Männer nicht gründlich und sachgemäß behandelt; die Leidtragenden sind infolgedessen die Frauen. Aphrodisiaca sind außerordentlich beliebt, besonders die berühmte Gin-Sen-Wurzel. Die neuchinesische Bewegung dürfte wohl auf vielen Gebieten, besonders aber auf dem der Stellung der Frau im sozialen Leben, Änderung schaffen. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Zur Frage der Bekämpfung der venerischen Krankheiten auf dem Lande von Schein-Vogel. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1927, Nr. 5.) (Russisch.) Da bisher, nach Fedorowski, im Jahre in SSSR auf jeden Syphilitiker in der Stadt 4 und auf jeden Syphilitiker auf dem Lande bloß 1 NS-Injektion kommt, spricht sich Verf. für weitere Gründung von „Venpunkten" im Dorf aus, welche neben Untersuchung aller Dorfbewohner auf venerische Krankheiten, eine reiche prophylaktisch-therapeutische Tätigkeit entfalten würden. A. Jordan-Moskau.

Zur Registrierung der venerischen Krankheiten auf dem Lande, von Horoschin. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1927, Nr. 5.) (Russisch.) Verf. plädiert für die, natürlich sehr wünschenswerte, aber wohl infolge größerer Arbeitsleistung bisher sich nicht einbürgernde Einteilung der Syphilis bei der Registrierung in S. I, S. II recens, S. II recidiva, S. II latens, S. III activa, S. III latens, S. hereditaria activa, S. heredit. latens und S. ohne Angabe. A. Jordan-Moskau.

Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten unter den Eingeborenen im ehemaligen Deutsch-Ostafrika, von A. Hauer. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927. Bd. 31, H. 6, S. 258.) Die Syphilis wurde ins Innere Afrikas eingeschleppt einmal von den Küstenstrichen (Ursprung wahrscheinlich durch die Portugiesen unter Vasco da Gama 1498) und über die Karawanenstraßen vom Sudan aus nilaufwärts. Bemerkenswert für den Krankheitsverlauf bei den Eingeborenen ist die häufige Zusammendrängung mehrerer Stadien. Einige ganz abgeschlossen lebende Stämme (Brit. Njassaland) sind noch heute syphilisfrei. Die endemische Malaria scheint den Ablauf der Syphilis nicht — im günstigen Sinne — zu beeinflussen. Metalues wird bei Eingeborenen überhaupt nicht beobachtet. In Deutsch-Ostafrika wurden schwerste tertiäre Formen gesehen. Die Laientherapie unter den Eingeborenen ist wohl, abgesehen von dem Schwefelbad zu Amboni und dem Essen jodhaltiger Erde, reich an wirkungslosen Geheimmitteln. Der Tripper ist ebenfalls sehr verbreitet und verläuft im ganzen wie in Europa. Als Mittel werden Abkochungen von Wurzeln der Papaie verwandt. Das Ulcus molle ist sehr selten in Deutsch-Ostafrika, dagegen die Framboësie endemisch. Differentialdiagnose gegenüber L. III von Bedeutung. Die Behandlung bestand in der Vorsalvarsanzeit in $CuSO_4$ innerlich und lokal. H. Colman-Berlin.

Die Bedeutung des neuen Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten für den Arzt, von R. Breitschwerdt-Stuttgart. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1022.)

Das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Elwert-Ulm. (D. m. W., 1927, Nr. 17, S. 716.)

Verschiedenes

L'évolution en dermatologie depuis l'année 1900 (Entwicklung der Dermatologie seit 1900), von Ch. du Bois. (Rev. méd. Suisse Rom., 1926, Nr. 15, S. 901.) Geschichtlicher Überblick in Form eines knappen Vortrags. H. Lippert-Köln.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die 25. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet am 28. und 29. Oktober in Berlin statt. Thema: Das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Minist.-Dir. Dammann u. a.).

Die Kubansche Dermatologisch-Venerologische Gesellschaft wählte Prof. W. Krdrowski-Moskau, John L. Rennstjerna-Stockholm und A. Paldrock-Dorpat zu Ehrenmitgliedern.

Gestorben: Prof. Emil Zettnow, früherer Leiter der mikrophotographischen Abteilung am Institut Robert Koch in Berlin, auch bekannt durch seine Methode der Spirochätenfärbung. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Kuhn Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 43 (Bd. 85) 22. Oktober 1927

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten des Verbandes der Krankenkassen Wien, Niederösterreich und Burgenland (Dozent Dr. A. Perutz)

Über ein bisher noch nicht beschriebenes Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme[1])

Von

Alfred Perutz

Eine in ihrer Lokalisation und Anordnung atypische Form von Erythema exsudativum multiforme war Veranlassung zu nachfolgender Untersuchung.

Eine 23jährige Patientin suchte im November 1926 mein Ambulatorium wegen eines Erythema exsudativum multiforme Hebrae auf. Sie zeigte an beiden Handrücken das klassische Bild dieser Erkrankung, nur waren am mittleren Drittel der Ulnarseite des linken Unterarmes in einer Ausdehnung von ungefähr 8—10 cm perlschnurartig aneinandergereiht 6 Effloreszenzen vom Typus des Erythema exsudativum multiforme, die dem Krankheitsstadium der übrigen Dermatose entsprachen, zu sehen. Diese Effloreszenzen waren untereinander durch eine lineare, teils mit Borken bedeckte, 1/2 mm breite Exkoriation verbunden, die den Vergleich mit einer Perlenschnur dadurch nur um so ausgesprochener erscheinen ließen. Auf Befragen gab die Kranke an, daß sie sich zufällig 2 Tage vor Ausbruch der übrigen Hauterscheinungen mit einer Nadel diese strichförmige Verletzung zugefügt habe. Hierauf seien, wie an den übrigen Körperstellen, auch im Bereiche der Exkoriation die Krankheitserscheinungen aufgetreten.

Es wurde zunächst versucht, an anderen Hautstellen des Handrückens eine künstliche Erythema-multiforme-Effloreszenz zu erzeugen. Die Epidermis wurde mit einer Nadel kreuzförmig geritzt; am nächsten Tage war der Kratzeffekt mit einem 1—2 mm breiten hellroten Saum umgeben, an der Kreuzungsstelle der beiden Striche befand sich eine kleine papulöse Effloreszenz. Nach weiteren 24 Stunden war nur mehr die Papel von einem roten Hof umsäumt, in Linsengröße zu sehen. Mit dem Abklingen der anderen Hautmanifestationen klang auch die künstlich gesetzte Effloreszenz ab.

---

[1]) Die Untersuchungen C. Kreibichs über den „isomorphen Reizeffekt", die im Sommer 1926 in der W. m. W., Nr. 30 erschienen, sind mir entgangen, so daß ich vorliegende Arbeit ohne Kenntnis der Beobachtungen Kreibichs vornahm. Erst nach Niederschrift der Ergebnisse meiner Untersuchungen habe ich durch die gleichzeitig erschienene Publikation von Klara Fischer im Arch. f. Derm., 1927, Bd. 153, H. 2, Kenntnis von Kreibichs Arbeiten erhalten. Über Aufforderung Kreibichs entschloß ich mich zur Veröffentlichung dieser meiner Befunde, die somit als gegenseitige unabhängige Bestätigung dieser Beobachtung gelten können.

Digitized by Google

Dieses Phänomen der künstlichen Erzeugung einer Reizeffloreszenz wurde im weiteren Verlaufe an noch 18 Kranken untersucht. Die Beobachtung der insgesamt 19 Fälle ergab folgendes: Zunächst, daß die gesunde Haut von Kranken, die an Erythema exsudativum multiforme leiden, sehr leicht zu Blutungen neigt. Es genügt oft das Abschaben der oberflächlichen Hautschichten, um eine punktförmige Blutung zu veranlassen. Diese Neigung zu Blutungen konnte bei fast allen Fällen beobachtet werden. Bei den 19 auf dieses Reizphänomen untersuchten Patienten fand ich, daß diese Reizerscheinungen 16mal positiv, bei drei Kranken negativ waren. Je frischer der Fall war, der untersucht wurde, um so deutlicher war die Reaktion. Der Reizeffekt tritt für gewöhnlich nach 24, längstens nach 48 Stunden auf. Ich konnte keinen Fall beobachten, bei dem dieses Phänomen nach drei oder mehr Tagen aufgetreten wäre. Der Effekt der Reizung ist eine Effloreszenz, die ungefähr dem Stadium entspricht, in welchem sich die übrigen Hauterscheinungen des Erythema exsudativum multiforme befanden. Die Dauer dieser Efloreszenz beträgt fünf bis längstens sieben Tage. Sie kann als eine vielleicht abortive Form der übrigen Effloreszenzen aufgefaßt werden.

Bei einem von den drei negativen Fällen war die Hauptdermatose schon ganz im Abblassen. Am deutlichsten war der Effekt der Reizung an gesunden Hautpartien zu sehen, die in der Nähe des Exanthems lagen. Ferner reagierte die Haut des Unterarmes fast immer, die des Oberarmes schon seltener positiv. Der Reizeffekt war immer negativ, wenn die Reizung an der Rückenhaut vorgenommen wurde. Die Hautreizung der Brust ergab nur einmal ein positives Resultat.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß dieses Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme um so deutlicher auftritt, je jünger die Hautaffektion war. Intensität und Form des Reizeffektes sind abhängig vom Alter der Erkrankung. Nie aber erreichte die künstlich gesetzte Erythema-exsudativum-multiforme-Effloreszenz auch nur annähernd die Größe und Intensität der ursprünglichen Dermatose. Als schwächste Form der Reaktion ist ein 1—2 mm breites Erythem zu bezeichnen, das dem Kratzeffekt entlang verläuft und 1—2 Tage anhält. Wenn die Reizung der Haut mit einem spitzen Instrument (Skalpell, Nadel) in Kreuzform vorgenommen wird, tritt an den Knotenpunkten eine halonierte Papel auf, deren Größe und Erhabenheit auch vom Stadium der Erkrankung abhängig ist. Umwandlung in ein Bläschen habe ich nur einmal beobachten können. Recht deutlich gelingt die künstliche Erzeugung einer Effloreszenz, wenn mittels Nadel eine punktförmige Reizung gesetzt wird.

Dieses hier beschriebene Reizphänomen ist natürlich nicht für das Erythema exsudativum multiforme spezifisch. Es zeigt nur, wie das Köbnersche Phänomen bei Psoriasis und beim Lichen ruber planus an, daß die Haut auf künstlich gesetzte Reize mit Effloreszenzen reagiert, welche der ursprünglichen Dermatose entsprechen. Das Reizphänomen bei Erythema exsudativum multiforme kann als für diese Dermatose charakteristisch, nicht aber für spezifisch angesehen werden.

Digitized by Google

Aus der Universitätsklinik für Hautkrankheiten zu Greifswald
(Vorstand: Prof. Dr. med. W. SCHÖNFELD)

Die Fuchsin-Sublimat-Reaktion nach TAKATA-ARA

Von

Dr. med. F. MARQUARDT

Die Technik der Reaktion ist folgende:

Zu 1 ccm Rückenmarksflüssigkeit wird 1 Tropfen einer 10%igen Natrium-Karbonatlösung hinzugegeben. Dann werden 0,3 ccm einer frisch bereiteten Mischung, die sich aus gleichen Teilen einer 0,5%igen Sublimatlösung und einer 0,02%igen Fuchsinlösung zusammensetzt, hinzugefügt und gut durchgeschüttelt. Abgelesen wird nach 2—3 Minuten, einer halben Stunde und nochmals nach 24 Stunden.

Die normale Rückenmarksflüssigkeit bleibt, ohne auszuflocken, blauviolett.

Eine pathologische Rückenmarksflüssigkeit kann nach TAKATA und ARA folgende Veränderungen bzw. Stärkegrade ihres Ausfalls zeigen:

1. Sofortige Ausflockung in Form eines blauvioletten Niederschlages mit darüberstehender wasserklarer Flüssigkeit (metaluischer Typ);
2. eine rosa Verfärbung ohne Ausflockung (meningitischer Typ).

Je nach der Stärke und dem zeitlichen Eintritt der Ausflockung werden bei dem metaluischen Typus 4 Grade unterschieden von (+) über +, ++ zu +++. Wegen weiterer Einzelheiten sei auf das Original verwiesen.

Die praktischen Ergebnisse von TAKATA und ARA waren an 146 untersuchten Fällen diese:

40 metaluische Erkrankungen — 38 progressive Paralysen, 2 Taboparalysen — flockten in 97.5% aus, zeigten also den metaluischen Typ.

102 nichtsyphilitische Psychosen, wie Dementia praecox, paranoides, senilis usw., darunter 12 mit Blutbeimengung zum Liquor, flockten nicht, dagegen 2 Fälle mit Blutbeimengung, nämlich eine Hebephrenie und ein Fall von Morphinismus.

3 Fälle von Meningitis tuberculosa zeigten den Meningitistyp in Form der Rotfärbung (s. oben), 1 Fall von Encephalitis epidemica beide Typen, sowohl einen schwachen metaluischen als einen schwachen Meningitistyp.

Nachprüfungen liegen bisher nur an psychiatrischem bzw. neurologischem Material vor von HAITSCH (55 Fälle), KNIGGE (200 Fälle), MÜNZER (45 Fälle). Sie bestätigen im großen und ganzen die von TAKATA und ARA für den metaluischen Typ gemachten Angaben. HAITSCH bekam aber diesen Typ 1 mal bei einer Enzephalitis und einem Tumor cerebri. MÜNZER fand den meningitischen Typ bei Meningitiden nicht so scharf ausgeprägt, wie ihn TAKATA und ARA aufstellen.

Wir haben die Reaktion an 140 Fällen qualitativ angestellt und nachgeprüft, besonders um zu sehen, ob sie etwa für frühsyphilitische Veränderungen brauchbar wäre. Darüber finden sich bei TAKATA und ARA keine Angaben. Unser Material zerfällt in drei verschiedene Gruppen.

Die Gruppe I besteht aus 17 Fällen (11 Paralysen[1]), 2 Tabes, 4 Gehirnsyphilis). Ihre Beziehungen zur WR und damit zu der für Syphilis

[1]) Das psychiatrische bzw. neurologische Material stammt zum größten Teil aus der hiesigen Psychiatrischen Klinik (Prof. Dr. E. FORSTER), aus der uns die Rückenmarksflüssigkeiten zur Anstellung der WR überwiesen worden waren.

Digitized by Google

bisher allein spezifischen Reaktion in der Rückenmarksflüssigkeit gehen aus der folgenden Tabelle hervor.

	Paralyse	Tabes	Gehirnsyphilis
WR +, TAR +	8	1	2
WR +, TAR −	0	1	0
WR −, TAR +	2	0	1
WR −, TAR −	1	0	1

Die Gruppe II setzt sich aus 37 Fällen zusammen (2 Fälle von Syphilis I, 18 Fälle von Syphilis II, 8 Fälle von Syphilis latens, 3 Fälle von Syphilis III, 6 Fälle von Syphilis congenitalis). Die WR im Blut war bei ihnen 29mal, im Liquor 2mal positiv (1mal bei Syphilis II positiv bei 1,0 mit 17,9 Zellen und positivem Pándy, 1mal bei Syphilis congenitalis positiv bei 0,6 mit 90,7 Zellen und positivem Nonne). Sonst fanden sich Zellvermehrung im Liquor noch in 4 Fällen, Eiweißvermehrung noch in 8 Fällen. Die Fuchsin-Sublimatreaktion war bei den WR-positiven Fällen blauviolett ohne Ausflockung, d. h. negativ, sie zeigte auch bei keinem anderen Fall den metaluischen oder den meningitischen Typus, wich jedoch bei 5 Fällen sowohl von dem normalen als auch von dem pathologischen Ausfall insofern ab, als geringe Farbenumschläge 4mal bei Syphilis II ins Rotviolette und 1mal bei Syphilis II ins Weiß ohne Flockung hinüberspielten. Der übrige Liquorbefund zeigte bei den genannten Fällen an Zellvermehrung 2mal Grenzwerte, 3mal normale Werte. Die Eiweißreaktionen waren 3mal positiv. Vollkommen normale Werte hatten von ihnen 2 Fälle, darunter der mit der weißen Verfärbung.

3 Fälle von Syphilis II hatten trotz Zell- und Eiweißvermehrung nach Takata und Ara einen normalen Ausschlag.

Die Gruppe III betrifft 86 Fälle, die aus Hauterkrankungen, Fällen männlichen und weiblichen Trippers, Meningitiden und Fällen von neurologischen Erkrankungen bestanden. Negativ waren 73 Fälle, verändert nach Takata und Ara 10; der metaluische Typ wurde durch 2 multiple Sklerosen, 4 Fälle von Tumor cerebri, 3 Schädelverletzungen und 1 Fall von Gelenkrheumatismus vertreten, der meningitische durch eine Meningitis purulenta und eine Bronchopneumonie mit Meningismus. Bei 3 Fällen (Schädelverletzung, Epilepsie, Paranoia) war ein rotvioletter Ausschlag wie bei den oben erwähnten Fällen von Syphilis II zu sehen.

Aus den Befunden bei diesen 3 Gruppen kann man unserer Meinung nach folgendes entnehmen. Bei hochgradigen metaluischen Veränderungen ist der von Takata und Ara aufgestellte metaluische Typ der Fuchsin-Sublimatreaktion für gewöhnlich anzutreffen meistens im Verein mit einer positiven WR im Liquor. Trotzdem ist die TAR[1]) auch bei diesen Fällen nicht so spezifisch wie die WR, denn wir haben ja dieselben Ausfallsformen bei der multiplen Sklerose und anderen Erkrankungen gesehen (siehe oben). Sie ist also allein für eine Diagnose von metaluischen Veränderungen nicht verwertbar. Bei den Frühfällen von Syphilis mit

[1]) TAR = Reaktion nach Takata-Ara.

Digitized by Google

oder ohne anderweitige Liquorveränderungen mit negativer WR im Liquor bringt uns eine Anstellung der Fuchsin-Sublimatreaktion nach unseren bisherigen Erfahrungen in der Erkennung einer Syphilis des Zentralnervensystems nicht weiter. Denn hier zeigt sie weder einen metaluischen oder einen meningitischen Typ des Ausfalles, noch einen dritten, der etwa für frühsyphilitische Veränderungen des Zentralnervensystems kennzeichnend wäre.

Bei der dritten Gruppe ist die positive TAR bei 2 Fällen von multipler Sklerose, 4 Fällen von Tumor cerebri und 3 Schädelverletzungen merkwürdig. Denselben Ausfall hat bei Schädeltumor und Encephalitis HAITSCH (s. o.) angetroffen. Weitere Beobachtungen müssen zeigen, ob dieses bei solchen Erkrankungen regelmäßige Befunde sind. Dann könnten sie unter Umständen, besonders im Verein mit den anderen Liquorreaktionen (WR usw.), bei diesen Erkrankungen eine differentialdiagnostische Bedeutung gewinnen. Wir wären jedoch in solchen Fällen nicht berechtigt, den Typ als metaluischen Typ zu bezeichnen.

Eine Bestätigung für den meningitischen Typ gaben uns bei der Gruppe III die Beobachtungen bei Meningitis purulenta und Bronchopneumonie mit Meningismus.

Als Fehlerquellen der Reaktion haben stärkere Blutbeimengungen, die einen Ausschlag ins Rotviolette geben, zu gelten, ferner Verunreinigungen der Gläser durch Säure und ältere Reaktionsflüssigkeiten, auch sie führen zu einem rotvioletten Farbenumschlag, ebensowenig eignen sich Rückenmarksflüssigkeiten von Leichen zur Anstellung der Reaktion.

Zusammenfassung

1. Der von TAKATA und ARA aufgestellte metaluische Typ ihrer Reaktion ist meist bei Paralysen, Tabes, älterer Hirnsyphilis anzutreffen, aber auch gelegentlich bei multiplen Sklerosen, Schädeltraumen und Gehirntumoren. Den meningitischen Typ haben wir bei akuten Meningitiden bestätigen können.

2. Bei Frühsyphilis weist die Reaktion im Gegensatz zur Spätsyphilis des Zentralnervensystems und zu akuten Meningitiden verschiedener Herkunft nach unseren bisherigen Erfahrungen keine irgend welche kennzeichnenden Verlaufsformen auf, trotzdem ist sie eine Bereicherung der Untersuchungsmethoden der Hirnrückenmarksflüssigkeit.

Literatur

1. TAKATA und ARA: Über eine neue kolloidchemische Liquorreaktion und ihre praktischen Ergebnisse. S.-A., 1926. 2. HAITSCH: Psychiatr. neurol. W., 1927, Nr. 3, S. 54. 3. KNIGGE: M. M. W., 1926, Nr. 44, S. 1836. 4. MÜNZER: Zschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 1927, Bd. 106, H. 4/6, S. 572.

Digitized by Google

Ein Fall von primärer akuter toxischer Erythrodermie mit histologischer Untersuchung

Von

Dr. Houloussi Behdjet, Leiter der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Hospital Gouraba (Konstantinopel)

(Aus dem Französischen übersetzt von Dr. Ernst Levin in Berlin)

Mit 1 Abbildung im Text

Die nachfolgende Krankenbeobachtung dürfte nicht ohne Interesse sein. Sie betrifft einen 40jährigen Schuhmacher mit einem seltenen und sogar ungewöhnlichen klinischen Bilde, der sich wegen ausgebreiteter erythematöser Hauterscheinungen am ganzen Körper mit Ausnahme des Gesichts an uns wandte, die von weitgehender reichlicher Abschuppung begleitet waren. Der Kranke ist verheiratet. Vater von 3 Kindern; seine Eltern sind an unbekannten Krankheiten verstorben. In der Kindheit hat er Pocken durchgemacht, seit dem Kriege erlitt er jedes Jahr 1—2 Malariaanfälle.

Seit ungefähr 10 Tagen hatten sich gastrische Krisen eingestellt, wegen deren ihm der Arzt, an den er sich gewandt hatte, beruhigende Tropfen in Aqua menth. und Chloroformwasser verschrieb, wovon er am ersten Tage 5, am zweiten 10 Löffel nahm. Am dritten Tage empfand er allgemeine Abgeschlagenheit mit Kopfschmerzen, Frösteln und Temperatursteigerung. In der Nacht begann die Haut sich zu röten, es trat ein intensives Juckgefühl, besonders an den oberen und unteren Extremitäten, auf, unter dem der Kranke sehr zu leiden hatte. Trotzdem setzte er den Gebrauch der Medizin fort. Am vierten Tage empfand er an den Handflächen und den Fußsohlen ein derartig starkes Brennen, daß er sich nur dadurch helfen konnte, daß er die Teile an einer harten und rauhen Fläche, wie der Wand oder dem Fußboden, rieb. Am sechsten Tage verschwand die Röte stellenweise, gleichzeitig fing er aber, wie er sich ausdrückte, an, sich zu häuten. Abends besteht hohes Fieber, unter starken Beschwerden löst sich die Haut in großen Fetzen, so daß sich an den Händen richtige Handschuhe von Haut abstoßen. In diesem Zustande trat der Kranke in unsere Klinik ein.

Bei seiner Untersuchung erhoben wir folgenden Befund. Der behaarte Kopf, Augenbrauen, Bart sind der Sitz einer feinen, stellenweise gelblichen, sehr fest anhaftenden Epidermisschuppung. Die Augen sind gerötet, die Hinterfläche der Ohrmuschel von einer dicken Schuppenauflagerung bedeckt, die Lippen zyanotisch, der Zungenrand rot, während ihr mittlerer Abschnitt von einem rostfarbenen, schuppenden Belag bedeckt ist. An der Innenfläche der Wangen bemerkt man Spuren von Abschuppung infolge von Leukoplazieplaques. Die Hinterwand des Pharynx ist gerötet, die Lippenwinkel rissig. Abwärts vom Halse ist an einem großen Teil des Körpers die Schuppung lamellös, an einzelnen Stellen kleienförmig. Die Epidermis der Handflächen und der Fußsohlen löst sich, teils durchscheinend, teils undurchsichtig, wie ein zerrissener, stellenweise fest anhaftender Handschuh ab. Die Nägel waren vollkommen frei von Veränderungen; an den Genitalien feine Schuppung.

Der Kranke klagte unaufhörlich über Frösteln und intensives Jucken, trotzdem war sein Allgemeinbefinden nicht sehr beeinträchtigt. Es bestand Appetitlosigkeit, der Urin war spärlich, seit 4 Tagen hatte er keinen Stuhlgang gehabt.

Es bot sich uns bei diesem Kranken das klinische Bild einer Erythrodermie, deren Ursache wir natürlich nachgingen. Das plötzliche Auftreten, das Fehlen der geringsten Hautveränderung ließ ohne jeden Zweifel den Gedanken der Verallgemeinerung einer schuppenden Hautkrankheit, d. h. einer Erythrodermie, ausschließen. Ebenso war es keinesfalls eine sekundäre Erythrodermie; es fanden sich weder Erscheinungen der primären chronischen exfoliierenden Dermatitis Wilson noch der Pityriasis rubra Hebra-Jadassohn. Es war auch nicht das Aussehen der als prämykotische Erythrodermie bezeichneten Krankheit, die mit außerordentlich starkem Jucken und roten Flecken beginnt und bläuliche Erscheinungen an gewissen Körper-

Digitized by Google

falten zeigt, und die man gewöhnlich als „l'homme rouge" bezeichnet. Der charakteristische Zug der prämykotischen Erythrodermie, die Verdickung der Haut und die allgemeine Drüsenschwellung, die das Jucken begleiten, fehlten hier. Auch das Bild einer leukämischen Erythrodermie bot der Kranke nicht.

Um nichts zu unterlassen, was uns über den Ursprung der Krankheit aufklären konnte, wurde auch die Leukozytenformel, die serologische und histologische Untersuchung nicht vernachlässigt. Das plötzliche Auftreten der Krankheit veranlaßte uns, unsere Untersuchungen auch auf das toxikologische Gebiet auszudehnen; unter den äußeren und inneren Medikamenten, die der Kranke angewendet hatte, kam in erster Linie das Opium in Betracht.

Der Kranke bot in der Vergangenheit keine Infektion, keine Grippe, keinen Tripper, keine Streptokokkenkrankheit. In jedem Falle hatte seine persönliche Empfindlichkeit eine große Rolle dabei gespielt. Die Leukozytenformel war normal, mit Ausnahme vielleicht einer leichten Vermehrung der Zahl der Eosinophilen. Im Urin fand sich eine große Zahl von Leukozyten, hyalinen Zylindern, leichte Albuminurie und 2,05 Harnsäure im Liter. Der serologische Befund war negativ.

Abb. 1

Histologische Untersuchung

An einem von dem linken Arm entnommenen Stück einer erythematösschuppenden Stelle fanden sich folgende histologische Veränderungen. In Epidermis und Kutis bemerkt man Zellveränderungen teils dem pathologischen Bilde der echten Erythrodermie, teils dem der primären toxischen Erythrodermie ähnelnd. Keine besonderen und charakteristischen mikroskopischen Veränderungen in den Epidermiszellen. Im allgemeinen sind die Gefäße kongestioniert, es besteht mehr oder weniger starkes perivaskuläres Ödem. An gewissen Stellen bemerkt man eine inter- und intrapapilläre zelluläre Infiltration von verschiedener Intensität und Ausbreitung, begleitet von einer Vermehrung des Pigments.

In der Epidermis zog besonders die Hypertrophie der Hornschicht die Aufmerksamkeit auf sich, das Vorkommen von Vakuolen zwischen den Zellen und die Form der Hornschicht, die an einzelnen Stellen sehr abgeflacht erschien, während sie an anderen ein Aussehen wie abgeschnitten und zurückgehalten darbot, obwohl einzelne Stellen an der darunterliegenden Zellage adhärent waren. Von den Zellen der Hornschicht waren einige kernhaltig. Die Körnerschicht war an einzelnen Stellen völlig geschwunden, während man an anderen Reste der degenerierten Zellen bemerkte. Das Eleidein war außerordentlich stark vermehrt und mischte sich besonders der Schleimschicht und der Hornschicht bei. Die Vermehrung der Infiltration in den interpapillären Zapfen hatte dazu geführt, die Kutis von der Epidermis zu trennen. Die Mehrzahl der infiltrierenden Zellen befand sich im Zustand embryonaler Mononukleärer, trotzdem waren jedoch einzelne Stellen der Epidermis vollkommen von Wanderzellen frei.

Digitized by Google

In der Kutis war das Bindegewebe bis in die Gegend der Papillen verbreitert, während an anderen Stellen die Bindegewebsfasern eine außerordentlich unregelmäßige Verteilung zeigten, indem sie sich voneinander trennten. Die Gefäßwände waren verdickt und die Gefäße verbreitert. Die perivaskulären Zellen waren durch Ödem voneinander getrennt; die Endothelzellen zeigten eine Neigung zur Proliferation. Überall fand sich die Embryonalzelleninfiltration, besonders ausgesprochen um die Papillargefäße herum und unterhalb derselben. In den Talg- und Schweißdrüsen und besonders in den Hautnerven fanden sich keinerlei Veränderungen.

Zusammenfassung. Die Hypertrophie, Verschiebung und Schuppung der Hornschicht, die Anwesenheit von Kernen in ihrem Innern, der Zustand von Parakeratose, die interpapilläre Infiltration, das Ödem, die Gefäßkongestion und die Verdickung der Gefäßwände sind die bemerkenswerten Tatsachen, die in unserem Falle hervorgehoben werden müssen.

Aus der Hautklinik des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Zur kombinierten Malariabehandlung der Frühlues[1])

Von

Prof. Dr. Hans Ritter
gemeinsam mit Dr. Völker, ehemaliger Assistent der Klinik

„Die großen Erfolge der Paralysebehandlung mit Malaria rechtfertigen zweifellos den Versuch einer Malariabehandlung der Frühlues." Diese Bemerkung Schottmüllers aus der Hamburger Diskussion möchte ich meiner Arbeit voransetzen. Ich tue dies deshalb, weil in der Diskussion den Verfechtern der Malariabehandlung der Frühlues nicht nur die Berechtigung zu der Behandlung abgesprochen wurde, sondern sogar vor dieser „spekulativen Therapie" gewarnt wurde. Die Berechtigung ist, wie Schottmüller richtig sagt, theoretisch vorhanden, sie ist aber auch durch die praktischen Ergebnisse erwiesen, wie ich weiter unten ausführen werde.

In der kürzlich erschienenen ausgezeichneten Broschüre von Vonkennel aus der Heuckschen Klinik sind alle Einzelheiten der Malariabehandlung der Frühlues geschildert. Ich will, um nicht zu wiederholen, nur einige mir wichtig erscheinende Erfahrungen mitteilen, die wir an unserem Material von über 250 Fällen im Laufe von $2^1/_2$ Jahren sammeln konnten; im wesentlichen stimmen unsere Beobachtungen mit denen von Heuck, Bering, Mulzer und der Wiener Klinik überein.

Drei Punkte sind es, die mir ganz besonders erörterungswert erscheinen: 1. die Frage: Warum haben wir die Malariabehandlung eingeführt, wo wir doch mit unserer bisherigen Behandlungsform so gute Erfolge gehabt haben, daß die frische Lues direkt eine seltene Erkrankung geworden ist? 2. Welches sind die Erfolge und Ausblicke? 3. Wie ist die wirtschaftliche Seite der neuen Behandlungsform? Dazu werde ich nur einige wenige Bemerkungen zu der Art der Kur selbst machen.

Ad 1: In unserer Anschauung darüber, wann eine Lues als geheilt zu betrachten ist, ist in den letzten Jahren ein Umschwung eingetreten. Früher richteten wir unser Urteil lediglich nach dem Ausfall der WR

---

[1]) Nach einem Diskussionsvortrag im Hamburger ärztl. Verein im Februar 1927.

Digitized by Google

im Blute und sahen eine Lues als geheilt an, wenn die WR dauernd negativ war. Das ist anders geworden, nachdem in den letzten Jahren immer häufiger erkannt ist, daß bereits im Sekundärstadium der Lues eine Liquorinfektion sehr oft vorhanden ist. Nachdem durch ausgedehnte Untersuchungen — bei uns wird seit Jahren jeder Luetiker lumbalpunktiert bzw. okzipitalpunktiert — übereinstimmend gefunden wurde, daß trotz dauernd negativen Ausfalles der WR im Blute, damit also scheinbarer Heilung, eine schwere Veränderung im Liquor vorhanden sein kann, können und dürfen wir keine Lues mehr als geheilt betrachten, bei der zwar im Blut kein Befund zu erheben ist, wohl aber im Liquor. Wir haben also jetzt eine ganz neue Einstellung in der Beurteilung der Heilung einer Lues, wir wissen jetzt, daß unsere früheren Anschauungen lückenhaft waren und müssen uns nach den neuen, absolut gesicherten Befunden richten. Eine Lues ist erst dann als geheilt zu betrachten, wenn nicht nur die Blut-, sondern auch die Liquorreaktionen negativ sind und bleiben. Die Liquoruntersuchungen sind für uns viel maßgebender als die Blutuntersuchungen, und wir stellen den Satz auf: Keine Heilung der Lues ohne Liquorkontrolle. Während wir früher die Forderung aufstellten, die Lues so lange zu behandeln, bis die WR im Blut dauernd negativ war, so müssen wir heute die Forderung aufstellen, die Lues so zu behandeln, daß nicht nur die WR im Blute, sondern vor allen Dingen der erkrankte Liquor saniert ist. Dies ist aber mit großer Sicherheit zu erreichen durch die kombinierte Malariakur, und deshalb hat die Malariakur ihre Berechtigung trotz der Erfolge der bisher üblichen chronisch-intermittierenden Behandlung.

Nun ist zuzugeben, daß nicht jeder Fall von Frühlues eine solche Behandlung nötig hat bis zur restlosen Ausheilung; wir haben uns deshalb vorläufig darauf beschränkt, folgende Indikationsstellungen für die Malariabehandlung aufzustellen:

1. Absolute Indikationen:

a) solche Fälle von Lues, bei denen die WR im Blute trotz intensiver Behandlung nicht negativ wird;

b) alle Fälle mit pathologisch verändertem Liquor. Als Gradmesser der Liquorveränderungen dienen uns:

α) die WR im Liquor,
β) die Normomastixkurve,
γ) die Nachtblaureaktion nach Takata,
δ) die Zellzahl,
ε) die Eiweißreaktionen.

Die Befunde müssen naturgemäß in einem Liquor erhoben werden, der absolut erythrozytenfrei ist. Eine absolute Indikation ist gegeben, wenn — auch nur als einziges Symptom — eine wesentliche Veränderung des Liquors gefunden wird, ganz ohne Rücksicht auf das Alter der Lues. Aus den Erfahrungen unserer nach Tausenden zählenden Liquoruntersuchungen haben wir uns ein Schema gebildet, wenn wir einen Liquor noch als gesund oder schon als pathologisch bezeichnen sollen. Ob dieses Schema ganz richtig ist, sei dahingestellt, aber es kam uns darauf an, erst einmal bestimmte Richtlinien aufzustellen, nach denen wir verfahren müssen, um eine gewisse Einheitlichkeit zu wahren. Für

Digitized by Google

uns ist ein Liquor pathologisch bezüglich der Anwendung der Malariakur, wenn

1α) und β) (WR und Normomastixkurve, eventuell auch TAKATA) eine und sei es auch nur kleinste Schwankung aufweisen,

2. eine Zellzahl über 20/3 vorhanden ist. Eine Zellzahl bis zu 10/3 wird als normal angesehen, Zellzahl von 11/3—20/3 in Verbindung mit einem positiven Befund von ε) ist ebenfalls pathologisch.

2. Relative Indikationen:

a) Zellzahlen von 11/3—20/3, bei denen die Eiweißreaktionen negativ, schwach positiv oder nur eine von beiden positiv ist,

b) positiver Ausfall der Eiweißreaktionen bei auffallend hohem Druck und normaler Zellzahl.

Je älter eine Lues ist, um so mehr wird aus diesen beiden letztgenannten relativen Indikationen eine absolute.

3. Gegenindikationen: ernstere somatische Erkrankungen, wie schwere Herzfehler (dagegen nicht luische Aortitiden leichteren Grades; diese werden im Gegenteil gut beeinflußt), offene Lungentuberkulose, frische oder frischverheilte Ulzera des Magen-Darmtraktus, Nephritiden. Chininidiosynkrasie, die auch als Kontraindikation aufgestellt worden ist und die MULZER vor Beginn der Malariakur festgestellt wissen will, haben wir an unserem Material, ebenso wie die Wiener und die Münchener Klinik nie beobachtet.

Nur ein paar Bemerkungen zur Ausführung der Malariakur selbst. Von vornherein sei gesagt, daß die Impfmalaria bei unseren Fällen nie bedrohlich gewesen ist. Wenn vielleicht im Anfang der Malariabehandlung ein gewisser Mut notwendig gewesen ist, ein „Gift auf ein anderes aufzuimpfen", so kann ich nach meiner $2^1/_2$jährigen Erfahrung nur sagen — und damit stimme ich mit all den Autoren überein, die darin Erfahrung haben —, daß die Impfmalaria keine lebensbedrohliche Erkrankung ist, sofern sie gut überwacht wird. Bezüglich der Überimpfung von Malaria hat es mich interessiert, in der VONKENNELschen Broschüre zu lesen, daß dort dieselbe Methode angewandt wird wie bei uns, die ich bereits auf dem Düsseldorfer Kongreß 1926 (Ges. deutsch. Naturf. u. Ärzte) und im ärztl. Verein Hamburg im Februar 1927 vorgetragen habe. Das Verfahren hat mein damaliger Assistent Dr. VÖLKER ausgearbeitet: es ergab im Gegensatz zu früher und den Verfahren an anderen Kliniken viel schnellere und sicherere Resultate. Wir überimpfen in jedem Falle am zweiten Tag nach der letzten Injektion der einleitenden Kur 6—8 ccm Nativblut intravenös, und zwar 6—12 Stunden nach Beendigung des letzten Schüttelfrostes des Spenders, also im Intervall. Auf diese Weise haben wir fast mathematisch am vierten Tag den Beginn der Temperaturanstiege und der Schüttelfröste. Während wir früher, als wir das Blut des Spenders während des Schüttelfrostes entnahmen, Inkubationszeiten bis zu 17 Tagen sahen, und häufig Quotidianaanfälle hatten, haben wir jetzt, wie gesagt, fast gesetzmäßiges Einsetzen am vierten Tage und stets reine Tertianakurven. Wir glauben, ebenso wie VONKENNEL diese guten Erfolge darauf zurückführen zu können, daß die in die Erythrozyten eingedrungenen Plasmodien in diesen sich eine längere Zeit ungestört entwickeln und sich besser an den neuen Wirt gewöhnen können.

Digitized by Google

als wenn sie kurz vor oder beim Ausschwärmen überimpft, sofort in das fremde Plasma gelangen. Unser Stamm hat jetzt über 200 Menschenpassagen durchgemacht und ist stets gleich wirksam geblieben.

Nach 10 Anfällen stoppen wir die Malaria ab mit Chininurethan 0,5 intravenös, oder auch in neuerer Zeit intramuskulär mit Solvochin, um dann die Nochtsche Chininkur folgen zu lassen, die wir allerdings verkürzt haben; wir geben nur die beiden ersten Phasen der Nochtschen Kur. Mit dieser Methode haben wir nie einen Rückfall der Malaria erlebt. Gleichzeitig mit dem Abstoppen beginnt die Nachkur, und zwar nach Art der Abortivkur bei der primären seronegativen Lues mit starken Anfangsdosen von Neosalvarsan, von der gleichen Erwägung ausgehend, wie Mulzer sie über den Mechanismus der Malariawirkung vorgetragen hat. Sei es nun, daß die Spirochäten durch den unspezifischen Reiz aus ihren Schlupfwinkeln hervorgetrieben werden oder zu diesen geöffnet sind; wie auch die Vorstellung sei: auf jeden Fall nutzen wir die Zeit unmittelbar nach Beendigung der Malariakur zu diesen starken Schlägen aus. Weiter will ich über die Kur selbst nichts sagen, da unsere Erfahrungen, und unser Vorgehen, wie schon gesagt, im großen und ganzen die gleichen sind, wie die der anderen Kliniken. Hervorheben möchte ich nur noch einmal, daß die Impfmalaria bei uns stets ungefährlich gewesen ist, so daß wir nur in 2 Fällen gezwungen waren, nach dem 7. bzw. 8. Anfall abzustoppen.

Die zweite große Frage, die wir zu beantworten haben, ist die: Wie sind die Erfolge, wie die Ausblicke? Diese Frage ist nur schwer und mit äußerster Vorsicht zu beantworten. Der Psychiater und Neurologe hat es leichter, hierauf eine Antwort zu geben, weil er die Änderungen des klinischen Befundes zur Verfügung hat. Wir sind nur angewiesen auf das Kriterium der Liquoruntersuchung, und daß das etwas Ungewisses ist, wissen wir alle. Wir kennen die Zweifel, die geäußert wurden über die Nützlichkeit oder Gefährlichkeit des krankhaften Liquors, wir wissen auch, daß Luetiker mit pathologischem Liquor während der Früh- oder Latenzperiode der Lues durchaus nicht an Tabes oder Paralyse zu erkranken brauchen, wir wissen auch, daß es Spontansanierungen des Liquors gibt, und doch schließen wir uns dem Urteil erfahrener Kliniker wie Rosner, Mucha, Scherber, Bering, Heuck, Zurhelle, Mulzer und vor allen Dingen Finger und Kyrle an, daß ein positiver Liquor in allen Stadien der Lues prognostisch schlechter einzuschätzen ist als ein negativer, und deshalb muß es unser Bestreben sein, den Liquor zu sanieren. Und wenn wir die Forderung aufstellen, die Lues zu behandeln bis zur dauernden Liquorsanierung, so müssen wir der kombinierten Malariakur das Zeugnis ausstellen, daß sie das tut. In allen von uns nachuntersuchten Fällen war der Liquor saniert oder aber sehr gebessert; zum Teil haben wir überraschend gute Resultate gefunden. Auf eine Spontansanierung des Liquors verlassen wir uns ebensowenig wie auf eine Spontanheilung der Lues.

Ob nun die guten Resultate von Dauer sind oder Garantie geben, die Patienten vor einer Metalues zu behüten, das ist noch nicht gewiß, dazu ist die Beobachtungszeit zu kurz, das muß die Zukunft lehren. Immerhin läßt die gute Beeinflussung des Liquorbefundes erhoffen, daß

Digitized by Google

es uns mit der kombinierten Malariakur der Frühlues gelingen wird, die Metalues weiter einzuschränken, und gerade diese Erwägung gibt uns nicht nur die Berechtigung, sondern macht es uns zur Pflicht, Luesfälle mit pathologischem Liquorbefund frühzeitig der Malariakur zuzuführen. Die Erwägungen KYRLES: „Warum sollen wir warten, bis die anatomischen Veränderungen so weit fortgeschritten sind, daß eben die Paralyse oder die Tabes da ist, warum sollen wir nicht vielmehr durch frühzeitige Malariabehandlung, wo doch den Veränderungen noch vorgebeugt werden kann, eingreifen", sind vollauf berechtigt; sie entsprechen absolut meinem Standpunkt.

Daß die Blut-WR in manchen Fällen nach der Malariakur noch positiv ist, berechtigt nicht zu dem Urteil, die Malariakur als unwirksam hinzustellen. Erstens einmal wirkt sich die Kur nur langsam aus, nach der Wiener Schule bis zu 2 Jahren, und zweitens ist für uns der Liquorbefund maßgebend. Deshalb ist es auch nicht angängig, bei der Nachuntersuchung nur die Blut-WR zu machen und den Fall danach zu beurteilen, wir müssen unbedingt die Unterstützung der praktischen Ärzte haben, die die Fälle mit Malariakur-Anamnese den Kliniken zur Liquoruntersuchung zur Verfügung stellen sollten, nur dann kann das Bild und die Beurteilung über Wert oder Unwert der neuen Behandlungsform klar werden.

Die dritte Frage: Wie ist die wirtschaftliche Seite der neuen Behandlungsform? scheint in Hamburg eine größere Rolle zu spielen wie andernorts; wenigstens habe ich in der Literatur keine Bemerkung darüber gefunden. Es ist in der Diskussion erwähnt worden, daß zunächst die Behandlungsmethode zu teuer sei und ferner die Arbeitgeber nicht verpflichtet seien, Prophylaxe gegenüber der Metalues zu treiben; als Folgeerscheinung dieser Diskussionsbemerkungen weigerten sich größere Krankenkassen- und Reedereiverbände, für die Kosten einer Malariabehandlung aufzukommen. Wie steht es nun mit der angeblich teuren Malariakur? Abgesehen davon, daß der Kostenpunkt bei einer derartig neuen und wichtigen Behandlungsform nicht die ausschlaggebende Rolle spielen sollte, so ist die Malariakur in der Tat sogar billiger als die gewöhnliche bisherige Luesbehandlung. Unsere durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt etwa 3 Monate (eine halbe bis eine Vorkur, 10 Malariaanfälle, eine Nachkur). Zu der bisherigen chronisch-intermittierenden Behandlung gehörten mindestens drei Kuren, wobei die Dauer jeder einzelnen 5—6 Wochen betrug, das bedeutet im ganzen 15—18 Wochen, also etwa um 3—4 Wochen mehr als unsere Malariakur. Wenn man ferner bedenkt, daß, besonders bei Seeleuten, durch längere Unterbrechungen der einzelnen Kuren drei Kuren oftmals nicht ausreichen, sondern wesentlich mehr Kuren vorgenommen werden müssen, so ist leicht einzusehen, daß der Mehraufwand an Kosten auf seiten der alten Behandlungsform liegt. Dazu kommt, daß es ja nicht unbedingt notwendig ist, daß die Vor- und Nachkur durchaus im Krankenhaus gemacht werden muß.

Zu der Frage der Wirtschaftlichkeit der Malariakur kann man also zusammenfassend sagen, daß die kombinierte Malariakur wesentlich billiger ist als die bisherige intermittierende Behandlung und dafür den Vorteil

Digitized by Google

bietet, durch eine einzige Behandlungsart von 1/4 Jahr Dauer die Heilung einer Lues mit großer Sicherheit zu gewährleisten. In gleichem Maße wie Vonkennel die Malariakur als die rationellste für die Puellen in Anspruch nimmt, möchten wir sie ebenfalls für unser Material, das sich zum großen Teil aus Seeleuten zusammensetzt, befürworten.

Der zweite Einwand in der Diskussion, daß die Arbeitgeber nicht verpflichtet seien, für die Kosten einer „Prophylaxe gegenüber der Metalues" aufzukommen, ist ebenfalls hinfällig. Läßt man diese Ansicht gelten, dann dürfte für die Arbeitgeber überhaupt die Behandlung der Lues mit einigen Salvarsanspritzen erledigt sein, d. h. zu einem Zeitpunkte, wo keine äußeren infektiösen Erscheinungen mehr vorhanden sind. Das dürfte aber wohl kaum der Sinn der sozialen Fürsorge überhaupt sein; der positive Liquorbefund ist, ebenso wie die positive WR, für uns das Zeichen einer aktiven, für den Betreffenden noch viel gefährlicheren Lues, die dringend der Behandlung bis zur endgültigen Heilung bedarf. Und das ist mit großer Sicherheit nur möglich durch die kombinierte Malariakur.

Literatur

Vonkennel, Die kombinierte Malariabehandlung der Frühlues.

Neue Gesichtspunkte bei der Behandlung des akuten und chronischen Ekzems

Von

Dr. Lucke in Berlin

Die interessanten Ausführungen von Stern auf der 89. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte im Jahre 1926 zeigen neue Wege zur Behandlung der Ekzeme. Stern geht von der Erwägung aus, daß das Ekzem ein Katarrh der Haut ist, der durch innere und äußere Reize ausgelöst ist. Dabei ist ferner zu berücksichtigen, daß sich durch wiederholte Reize eine erhöhte Überempfindlichkeit der Haut entwickeln kann, die keinen spezifischen Charakter trägt, sondern allgemeiner Natur ist. Infolgedessen muß natürlich jede Therapie damit beginnen, daß man den betreffendene Reiz auszuschalten sucht, was nicht immer leicht sein dürfte, da meistens verschieden Reize vorliegen, die verantwortlich zu machen sind. Stern kommt weiter zu der Feststellung, daß auch bei einer Ekzembereitschaft der Haut aus inneren Ursachen auf die lokale Behandlung auf keinen Fall verzichtet werden kann.

Die für die äußerliche Ekzembehandlung bekannten Mittel sind so zahlreich, daß sie unmöglich an dieser Stelle erwähnt werden können. Die wirksamen Bestandteile sind meistens die gleichen, nur die Grundlagen der verschiedenen Salben beispielsweise sind verschieden. Viele Mittel haben den großen Nachteil, daß sie die Haut reizen und dadurch die Affektion verschlimmern.

Verschiedene Autoren empfehlen eine Salbenzusammenstellung, mit der sie ganz besonders gute Resultate erzielt haben. Diese Salbe kommt unter dem Namen „Strauszsche Ekzemsalbe"[1]) in den Handel. Joseph hat mit dieser Salbe sehr gute Resultate in seiner Privatpraxis und Poliklinik gehabt. Über gute Resultate bei den Ekzemen der Kinder berichtet Glaser vom Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Schöneberg. Kromayer hat ausgezeichnete Erfolge bei Ekzemen und Dermatitiden erzielt. Er betont besonders die Entzündung beruhigende und subakute Infiltrationsprozesse resorbierende Wirkung. Die Salbe gleicht nach seiner Ansicht der weißen Präzipitatsalbe, ohne ihre Reizwirkung

[1]) Die Salbe wird hergestellt von der Firma C. Stephan A.-G., Chemisch-pharm. Werke, Dresden 19, Kyffhäuserstraße 27.

Digitized by Google

zu besitzen. Auch Löhe, Berlin, hat bei Ekzemen Besserungen gesehen. Er bestätigt ebenfalls, daß keinerlei Reizerscheinungen erzeugt werden.

Die guten Eigenschaften der Strauszschen Salbe sind durch folgende Faktoren bedingt:

1. Die Salbe enthält 7—8 l Sauerstoff in 1 kg Substanz. Dieser Sauerstoff wird der Salbe nach einem besonderen Verfahren einverleibt. Er ist in dem Präparat als molekularer Sauerstoff vorhanden ohne jede ätzende Wirkung, im Gegensatz zu dem atomaren Sauerstoff des H_2O_2. Dieser Gehalt an molekularem Sauerstoff ist von ganz besonderer Bedeutung. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß z. B. in Japan Ekzeme sehr häufig einfach dadurch geheilt werden, daß man die Kranken der freien Luft aussetzt. Eine ähnliche Wirkung übt ohne Frage der in der Salbe enthaltene adsorbierte Sauerstoff aus. Eine gewisse Rolle scheinen dabei die in serösen Hautausscheidungen vorhandenen Oxydasen zu spielen. Ein Teil des Sauerstoffes wird durch die Oxydasen aktiviert, d. h. atomar gestaltet, und übt damit eine gewisse bakterizide Wirkung auf die verschiedensten Erreger aus. Selbstverständlich kann von einer Desinfektion keine Rede sein. Wohl aber erfährt die Haut an den ekzematösen Stellen eine Erhöhung ihrer Widerstandskraft, wodurch der „Locus minoris resistentiae", an dem die Erreger einen günstigen Nährboden finden, beseitigt wird. Die eigentlichen Desinfizientien wird man wohl in kapillaren Antitoxinen zu suchen haben. Auf diese Weise wird den Erregern der Nährboden entzogen.

2. Ein weiterer Vorteil liegt in der absoluten Wasser- und Säurefreiheit der Salbengrundlage, die aus Adeps lanae anhydricus und Vaseline besteht.

3. Der in der Salbe vorhandene echte Perubalsam ist infolge seines Gehaltes an Cinnamein und Zimtsäure in der Lage, die stark alkalischen serösen Ausscheidungen nässender Ekzeme zu neutralisieren oder die Alkalität stark herabzusetzen.

4. Durch einen geringen Mentholzusatz, dessen richtige Dosierung erst nach mühevollen Versuchen gelungen ist, wird eine gute subjektive Verträglichkeit verbürgt, indem der oft so lästige Juckreiz gelindert wird.

Aus dieser Zusammenstellung der Strauszschen Ekzemsalbe ergibt sich gewissermaßen eine biologische Wirkung des Präparates. Die Atmung durch die Haut bleibt erhalten, während sie durch die meisten anderen Salben durch Verschmieren der Poren verhindert wird. In dieser Tatsache finden sicherlich zahlreiche Fehlschläge mit anderen Mitteln ihre Erklärung.

Die Anwendung geschieht am besten in der Weise, indem man mit einem Holzspatel die Salbe dick aufträgt und dann mit einer Mullbinde unter Vermeidung von zu starkem Druck verbindet. Dieser Verband ist abends und morgens zu erneuern. Gereinigt von alten Salbenresten wird die Haut in den ersten Tagen der Behandlung am besten gar nicht und dann mit etwas Watte, die in Olivenöl getränkt ist. Wasser ist nicht an die erkrankten Stellen heranzubringen.

Ich habe im Verein mit verschiedenen hiesigen Kollegen eine Reihe von akuten und chronischen Ekzemen nach diesen Grundsätzen mit der Strauszschen Salbe behandelt. Wir haben durchweg zufriedenstellende Resultate erzielt. Aber auch Fälle von Impetigo contagiosa, Brandwunden, Pruritus ani und varikösen Ulzeris konnten gut beeinflußt werden. Das so überaus lästige Jucken bei Hämorrhoiden ist sehr gut durch warme Sublimatsitzbäder mit nachfolgender Salbeneinreibung zu beseitigen. Ein Kollege hat mir über sehr gute Erfahrungen bei einem Salvarsanexanthem berichtet. Es handelte sich um eine akute Salvarsandermatitis mit starkem Juckreiz. Der Kollege hat die affizierten Stellen in diesem Falle dünn mit der Salbe einstreichen lassen. Innerlich hatte er Suprarenin gegeben. Das Exanthem kam bald zur Abheilung.

Ein intertriginöses Mammaekzem, das einen äußerst resistenten Charakter zeigte, konnte wesentlich gebessert werden.

Selbstverständlich ist die Strauszsche Salbe kein Allheilmittel, und ist es unbedingt notwendig, daß gerade in der Ekzemtherapie die sonstigen Vorschriften der Diät, Lebensführung und Hygiene beachtet werden. Vor allen Dingen sind, wie schon oben ausgeführt, entdeckte Reizmomente unbedingt auszuschalten, da sonst naturgemäß auch diese Therapie zum Scheitern verurteilt ist.

Bei kritischer Würdigung läßt sich sagen, daß das Präparat eine wertvolle Bereicherung unseres therapeutischen Rüstzeuges bedeutet und bei sachgemäßer Anwendung gute Erfolge verspricht.

Digitized by Google

Versammlungen

XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Bonn a. Rh., 5.—7. September 1927

Grebe-Bonn: **Röntgenstrahlenmessung in der Oberflächentherapie.** Während in der Tiefentherapie heutzutage die Dosierung fast ausschließlich in der auf die Ionisationswirkung der Luft gegründeten R-Einheit ausgeführt wird, ist bei der Oberflächentherapie noch in weitem Umfange Dosierung mit Hilfe der Sabouraud-Tablette in Gebrauch. Es erscheint wichtig, die Beziehung zwischen Sabouraud-Einheit und R-Einheit herzustellen. Zu diesem Zwecke wurden von H. Pickebach und dem Vortragenden Versuche mit verschiedenen Strahlenqualitäten angestellt, bei denen die beiden in Deutschland verbreiteten Einheiten, nämlich die Holzknecht-Einheit und die Sabouraud-Einheit, mit der R-Einheit verglichen wurden. Es ergab sich, daß die in der Literatur zu findende Beziehung, daß eine Sabouraud-Einheit gleich 5 Holzknecht-Einheiten sei, jedenfalls bei den jetzt im Handel befindlichen Radiometern nicht mehr zu Recht besteht, daß vielmehr eine Sabouraud-Einheit etwa 8,7 Holzknecht-Einheiten entspricht. Die Genauigkeit der Ablesung ergab sich bei beiden Radiometern zu etwa 20% für die Einzelmessung, so daß bei Bestrahlungen, die an die Grenze der der Haut zuzumutenden Belastung herangehen, eine Verbrennungsgefahr nicht ausgeschlossen erscheint.

Meyer-Bremen: **Grundprobleme der biologischen Strahlenwirkung.**

Miescher-Zürich: **Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut.**

Gans-Heidelberg: **Biologische Wirkung und Angriffspunkte der Röntgenstrahlen.** Der erste Angriffspunkt der Röntgenstrahlen ist in den Basalzellen der Epidermis bzw. der Endothelien der Blutgefäße zu suchen. Zeitliche Unterschiede bezüglich des früheren Auftretens in den einen oder anderen Zellen konnten mit den bisherigen Methoden nicht festgestellt werden. Es liegt bei dieser Wirkungsweise der Röntgenstrahlen zunächst also eine Beeinflussung der Zellfunktion vor, als deren erste Äußerung die alsbald auftretende p_H-Verschiebung zur sauren Seite, d. h. im Sinne der Stoffwechselbeschleunigung, angesehen werden darf. Erst im späteren Stadium kommt es im Ausgleich der durch die Röntgenstrahlen ausgelösten Gewebsschädigung zur Stoffwechselverlangsamung, d. h. der Verschiebung zum Alkalischen. Diese Ergebnisse beziehen sich auf Untersuchungen am Menschen mit Röntgenstrahlenmengen und -qualitäten, die ohne Dauerschädigung blieben, bei anderen Dosen sind auch vielleicht andere Ergebnisse zu erwarten. Es wird mit dieser Methodik nur eine Funktionsänderung des Gewebes festgestellt. Wenn diese auch sehr frühzeitig wahrnehmbar ist, so ist damit noch nichts ausgesagt über den Vorgang, der in der Zelle selbst zur p_H-Verschiebung führt.

Klövekorn und Gärtner-Bonn: **Biologische Wirkung der Metalleigenstrahlung.** Bei der von Bucky angegebenen Grenzstrahlentherapie handelt es sich um eine heterogene Strahlung, so daß eine bestimmte Schicht der Haut nicht getroffen werden kann und größere Mengen harter Strahlen auch die tieferen Schichten treffen, wodurch die Gefahr einer Röntgenschädigung nicht ausgeschlossen ist. Die von den Vortragenden benutzte Metalleigenstrahlung ergibt ein monochromatisches Röntgenbild mit genau definierbarer Wellenlänge und Halbwertschicht. So ergibt die Röhre mit Kupferanode eine Wellenlänge von 1,45 ÅE und 0,8 mm Halbwertschicht im Wasser, was im Buckyschen Apparat (nach Messungen von Bucky und Glasser) einer Spannung von 10—11 KV entsprechen würde, die Röhre mit Eisenanode eine Wellenlänge von 1,93 AE mit einer Halbwertschicht von 0,34 mm im Wasser, was bei der Buckyschen Apparatur einer Spannung von etwa 7 KV entspricht. Eine außerordentliche weiche Strahlung gibt die Röhre mit Chromanode, nämlich eine Wellenlänge von 2,28 ÅE entsprechend einer Halbwertschicht von 0,175 mm in Wasser, also weitaus weicher als die weichste Bucky-Strahlung bei 6 KV, die mit 0,26 mm Halbwertschicht in Wasser angegeben ist. Zum Schluß werden Protokolle über Versuchsreihen mit der Metalleigenstrahlung gezeigt.

Jakoby-Breslau: **Strahlenempfindlichkeit von Röntgen- und Teerhaut.**

Blumenthal und Böhmer-Berlin: **Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen.**

Keller und Rein-Freiburg i. B.: **Polarisationsmessungen nach Röntgenbestrahlungen.** Nach Schaffung einer Methode, die vergleichende quantitative Untersuchungen über die Gleichstrompolarisation, über den Wechselstromwiderstand und die Ruheströme

Digitized by Google

der Haut gestattet, wurden Versuche unternommen, dies bisher für rein physiologische Zwecke benutzte Verfahren auf klinische Fragen anzuwenden, zunächst auf Hautreaktionen nach ultraviolettem Licht und nach Röntgenbestrahlungen.

Meyer-Mannheim: **Änderung der Hautempfindlichkeit gegen Cantaridenpflaster nach Röntgenbestrahlung.** Keller und Meyer konnten zeigen, daß nach Bestrahlungen mit Ultraviolettlicht die Hautempfindlichkeit gegenüber anderen Reizen herabgesetzt ist (polyvalente Desensibilisierung). Nach Röntgenbestrahlungen wurde die Haut in gleichem Sinne geprüft und es zeigte sich, daß sie anders reagiert als unbestrahlte Haut. Es wurden Ekzemdosen verwandt. Nach Teildosen war die Reizung der Haut stärker als bei den Kontrollstellen, nach Volldosen geringer. Die Versuche, die nur an wenigen Personen vorgenommen werden konnten, lassen noch keinen Schluß auf eine Gesetzmäßigkeit zu.

Martenstein-Breslau: **Sensibilisierung gegen Röntgenstrahlen.**

Schönhof-Prag: **Indirekte Röntgenbestrahlungen.** Im Gegensatz zu der bisher fast ausschließlich erstrebten Beeinflussung verschiedener Dermatosen durch direkte Einwirkung der Röntgenstrahlen bezweckt diese Methode, durch Röntgenbestrahlung bestimmter innerer Organe Wirkungen auf den Ablauf von Erkrankungen der äußeren Decke herbeizuführen. Sie knüpft dabei an vielfache Beobachtungen an, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die Abhängigkeit einzelner Hautkrankheiten von Erkrankungen und Funktionsstörungen innerer Organe hinweisen. Entsprechend diesen Annahmen sind für die Bestrahlung verschiedene Angriffspunkte gewählt worden. So konnten durch Röntgenbestrahlungen von innersekretorischen Organen, vor allem der Ovarien, durch Bestrahlung der Lymphknoten bei Lupus erythematodes und durch Bestrahlung verschiedener Abschnitte der Wirbelsäule (Rückenmark) bei einer Reihe von Hautkrankheiten therapeutische Erfolge erzielt werden, die zum Teil in völligem Schwinden, zum Teil in einer wesentlichen Beeinflussung der Hauterscheinungen zum Ausdrucke kamen. Neben dem therapeutischen Werte sind diese Versuche vielleicht auch geeignet, manche ätiologische Beziehungen aufzudecken.

Schreus-Düsseldorf: **Grenzstrahlen.** Die von Bucky neuerdings wieder in Vorschlag gebrachte Behandlung mit überweichen Röntgenstrahlen stellt ein Mittelding zwischen Ultraviolettbestrahlung und üblicher Röntgentherapie dar. Die Therapie wird ausgeführt mit einer besonders konstruierten Röntgenröhre und Spezialtransformator. Der Vergleich zwischen Röntgenstrahlenwirkung und Grenzstrahlen ergab in fast allen Fällen eine Überlegenheit ungefilterter oder schwachgefilterter Röntgenstrahlen. Die Gefahrlosigkeit der Grenzstrahlen, besonders bezüglich chronischer Schädigungen ist bisher nicht erwiesen. Als besonders unangenehme Nebenwirkungen zeigt sich fast stets eine starke und langdauernde Pigmentierung. Nach den bisherigen Erfahrungen ähnelt die Grenzstrahlenwirkung am meisten den α-Strahleneffekten des Thorium X.

Arzt und Fuhs-Wien: **Buckys Grenzstrahlen.** Das Instrumentarium ist in seiner Wirkung auf normale Haut und eine größere Reihe von Dermatosen untersucht worden. Vortragende können einen nennenswerten Vorteil gegenüber der bisherigen Oberflächentherapie nicht feststellen.

Kirsch-Jena: **Grenzstrahlen.** Bei den seit einem Jahr ausgeführten Versuchen mit den Buckyschen Grenzstrahlen wurde die Wirkung verschiedener Strahlenqualitäten untersucht. Insbesondere wurde das biologische Verhalten der keimenden Vicia faba equina unter der Einwirkung von überweichen und weichen Röntgenstrahlen unter Anwendung des Küstnerschen Eichstandgerätes geprüft.

Ruete-Marburg: **Grenzstrahlen und Rachitis.** Experimentelle Untersuchungen an Ratten. 1. Röntgenbestrahlungen. a) Bei vorgeschrittener Rachitis keine Erfolge. b) Im Prophylaxeversuch ergaben je 2 Bestrahlungen mit je 5 X oder 8 X bei 0,75 HW vorgeschrittene Heilung. 2. Bucky-Strahlen. a) Indirekte Therapie (Futterbestrahlung). Cholesterin mit 5 KV eff. 30 Minuten bestrahlt und der Nahrung zugesetzt, konnte Entwicklung der Rachitis nicht verhindern. Cholesterin mit 8 KV eff. 1 Stunde lang bestrahlt ergab deutlich beginnende Heilung. b) Direkte Bestrahlung der Tiere. Ratten mit 5—7 KV eff. behandelt, kein Erfolg. Ratten mit 10 KV eff. behandelt wiesen unvollständige Heilung, aber auch Epilation und geringe Exkoriation am Rücken auf.

Krantz-Köln: **Röntgenbehandlung der Mikrosporie.** Vortragender zweifelt an der erheblichen Bedeutung der Entfernung der Haare für die Heilung der Erkrankung. Nach histologischen Untersuchungen glaubt Verf., den auf die Bestrahlung hin sich entwickelnden entzündlichen Reaktionen am Follikel eine erhebliche Bedeutung für die Heilung beimessen zu können.

Digitized by Google

Mallinckrodt und Klövekorn-Bonn: **Strahlenwirkung auf Hautpilze.** Die Fermentbildung der pathogenen Hautpilze nimmt bei zunehmender Röntgenbestrahlung ab. Bei Bestrahlung mit Metalleigenstrahlröhre mit Kupferanode.

Barnewitz-Essen: **Röntgenspätulzera.** Bei der Entstehung von Röntgenspätgeschwüren können oberflächliche Staphylokokkeninfektionen als auslösendes Moment eine ausschlaggebende Rolle spielen. Diese Erscheinung hängt im wesentlichen mit der durch die Röntgenstrahlen hervorgerufenen Schädigung in der Funktion der Gefäßendothelien zusammen.

Wucherpfennig-Münster: **Die Dosierung mit der Sabouraud-Tablette unter dem Gesichtspunkt der Al. Halbwertschicht.** Die zur Messung verwandten Bariumplatinzyanürtabletten sind wegen ihrer selektiven Absorption stark wellenlängenabhängig. Um einigermaßen exakt dosieren zu können, muß von einer allerorten gleichen ungefilterten Primärstrahlung ausgegangen werden. Zur Charakterisierung der spektralen Zusammensetzung genügt die Halbwertschichtbestimmung, die somit für eine exakte Dosierung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Scholtz-Königsberg: **Zur biologischen Wirkung der Röntgen- und Grenzstrahlen.** Die therapeutische Wirkung der Röntgenstrahlen beruht wesentlich auf der Wirkung auf das Chromatingerüst der Kerne, die unmittelbar nach der Bestrahlung einsetzt. Die Schädigungen durch Röntgenstrahlen beruhen wesentlich auf Schädigungen der Zellen des Bindegewebes und der Blutgefäße. Diese Schädigung dürfte bei Bucky-Bestrahlungen wegen des geringen Durchdringungsvermögens der Strahlen kaum zustande kommen.

Hoffmann-Bonn: **Diphtheriebazillen bei tiefem Röntgenulkus nach Tiefenbestrahlung.**

Schreus-Düsseldorf: **Über Qualitätsmessungen der Röntgenstrahlen.** Er weist auf die Fehlerquellen bei Kugelfunkenstreckenmessung hin. Eine erneute Feststellung der Äquivalente wird für notwendig gehalten.

Uhlmann-Frankfurt a. M. empfiehlt vorsichtige Verwendung kleiner Dosen von Grenzstrahlen.

Ritter-Hamburg weist auf die Bedeutung der Halbwertschicht hin, deren exakte Messung er für erforderlich hält. Die alte von Hans Meyer ausgearbeitete Meßmethode ist auch für den Praktiker durchaus brauchbar.

Gabriel-Frankfurt a. M.: Auf Grund eigener Erfahrungen wird vorsichtige Anwendung kleiner Grenzstrahldosen zur versuchsweisen Behandlung verschiedener Dermatosen empfohlen.

David-Frankfurt a. M.: Die wesentliche Einwirkung der Röntgenstrahlen auf die Haut ist die primäre Gefäßreaktion. Eine Tatsache, von der auch bei der Erklärung therapeutischer Einwirkungen auf die Haut ausgegangen werden muß.

Manheimer-Hamburg demonstriert die Abweichungen im Verhalten der Erythemerscheinungen bei Grenzstrahlen, von denen bei Röntgenstrahlen an Kurvenmaterial. Während bei gewöhnlichen Röntgenbestrahlungen plötzlich bei etwa 800 Rds. Erythem auftritt, das innerhalb eines schmalen Bereiches zur Ulzeration führt, kann bei Grenzstrahlen innerhalb eines sehr breiten Bereiches nichts als Erythem erzeugt werden.

Bucky-New York weist auf die Schwierigkeiten einer exakten Dosierung bei den Grenzstrahlen hin, auf die manche Verschiedenheiten in den Ergebnissen zurückzuführen sind. Das Erythem ist für die Dosierung nicht brauchbar, weil auch hierbei die Dosen um mehrere 100% schwanken.

Francke-Hamburg: Zur Aufklärung der bisher nicht gleichlautenden Ergebnisse über die Grenzstrahlen hält bei ihrer scheinbaren Ungefährlichkeit eine klinische Sammelforschung für notwendig.

Bettmann-Heidelberg demonstriert mit dem Dermatoskop gewonnene Bilder von Haut, die mit Röntgenstrahlen bzw. Grenzstrahlen behandelt sind.

Lomholt-Kopenhagen: **Eine neue Lampenkonstruktion für lokale Finsenbehandlung.** Es handelt sich um große Wasserfilter und starke Linsen auf geschmolzenem Quarz, die viel mehr Licht als die ursprünglichen geben und von deutschen Firmen hergestellt werden.

Blumenthal und Böhmer-Berlin: **Zur Dosierung der Ultravioletttstrahlen.**

Böhmer-Berlin berichtet über günstige Erfolge mit allgemeinen Quarzlampenbestrahlungen bei chronischem rezidivierendem Erysipel.

Meirowsky-Köln sah günstige Wirkung von intratumoraler Einspritzung von Thorium X Degea bei Boeckschem Sarkoid.

Digitized by Google

Kolle-Frankfurt a. M.: **Experimentelles zur Syphilisimmunität.** Wird die Behandlung der Syphilis in der Frühperiode, also innerhalb der ersten Wochen nach der Ansteckung, eingeleitet, so ist nach den bisher gemachten experimentellen Feststellungen und den Erfahrungen der Kliniker die Sterilisation des infizierten Körpers, d. h. die volle Heilung der Krankheit bei einem hohen Prozentsatz der Fälle möglich. Es wurde neuerdings die Frage aufgeworfen, ob der syphilitisch infizierte Organismus in der Spätperiode der Krankheit eine Immunität erwirkt, d. h. eigene Abwehrkräfte gegen die Krankheit entfaltet, und ob die bisher erzielten Heilerfolge verbessert werden können, wenn man die Behandlung erst nach der Entwicklung und Immunität einleitet. Es konnte nun nachgewiesen werden, daß experimentell mit Syphilis infizierte Kaninchen in der Spätperiode der Krankheit zwar eine Scheinimmunität besitzen, die sie bei Neuansteckung gegen die Entstehung einer syphilitischen Erscheinung schützt, aber keine echte Immunität, die neueindringende oder im Körper noch von der ersten Infektion vorhandene Spirochäten vernichtet. Eine Behandlung im Spätstadium verspricht also keine besseren Erfolge als in der Frühperiode. Die früheren experimentellen Untersuchungen des Vortragenden und die klinischen Beobachtungen zeigen dagegen eindeutig, daß eine völlige Heilung der Syphilis um so seltener gelingt, je später die chemotherapeutische Behandlung begonnen wird.

Prigge-Frankfurt a. M.: **Lymphdrüsenverimpfung bei experimenteller Syphilis.** Vortragender teilt Versuche mit, aus denen hervorgeht, daß bei behandelten, aber nicht sterilisierten Tieren (Lues) die Lymphdrüsen vorübergehend frei von Spirochäten werden können, daß aber die Spirochäten nach einiger Zeit wieder in das Lymphsystem eindringen. Verimpfung innerer Organe während der Zeit des Verschwundenseins der Spirochäten hatten ein negatives Resultat.

Hoffmann-Bonn: **Leicheninfektion mit Syphilis.** Es sind nur 20 sichere, 14 wahrscheinliche und 4 ungewisse Fälle von Leichensyphilis bekannt geworden. Betroffen wurden in der überwiegenden Mehrzahl Ärzte, in geringerem Maße Laboratoriumsdiener. Bei Kaninchen ging Leicheninfektion unter 48 Versuchen 17 mal an.

Schumacher-Königsberg: **Lebensdauer der Syphilisspirochäten.** Sch. berichtet über Versuche, die Lebensdauer von Spirochäten festzustellen, die in den Lymphsack von Fröschen eingebracht wurden, die bei verschiedener Temperatur gehalten wurden.

Boas-Kopenhagen: **Gennerich-Miliansche Reaktivierung der Wassermannschen Reaktion.** Zwei große Parallelreihen von behandelten Syphilitikern wurden mit der Wassermannschen Reaktion wiederholt untersucht. Die eine Reihe wurde nicht behandelt, in der anderen wurde eine provokatorische Salvarsaneinspritzung gegeben. Es stellte sich heraus, daß ganz analoge Schwankungen in der Seroreaktion bei beiden Reihen vorkamen.

Bruck-Altona: **Die Aktivuntersuchung bei der Serodiagnose der Syphilis.** Die Komplementbindung mit Eigenkomplement bedeutet eine sehr erhebliche technische Vereinfachung und gibt bedeutend schärfere Resultate als die Inaktivuntersuchung. Die Gefahr unspezifischer Ausschläge kann durch die gleichzeitige Anstellung einer Trübungsreaktion ausgeschaltet werden. Die parallel ausgeführte Aktivkomplementbindung, Trübungs- und Flockungsreaktion macht in den meisten Fällen das komplizierte Inaktivverfahren überflüssig. Für die Bewertung des Erfolges bzw. den Abschluß spezifischer Behandlung sollte das Negativwerden auch nach der Aktivmethode maßgebend sein.

Frei-Breslau: Kreuzweise Superinfektion mit homologem Virus führte auch dann nicht zu Primäraffekten, wenn für die Wiederimpfung ein dem Ausgangsvirus möglicherweise entfremdetes Material verwandt wurde.

Zieler-Würzburg: Verimpfung von Lymphknoten aus Menschen mit abortiv geheilter Lues hatten negatives Resultat, auch bei Weiterverimpfung der Lymphknoten der erstgeimpften Tiere. Frauen, die als geheilt betrachtet wurden, wurden während der späteren Schwangerschaften grundsätzlich nicht behandelt und gebaren gesunde Kinder. (Beweis für Ausheilung.)

Hesse-Düsseldorf: Silbersalvarsan eignet sich besser für provokatorische Salvarsanbehandlung, was an Beispielen unklarer Viszerallues erläutert wird.

Lesser-Berlin weist auf die Bedeutung der Konstitution des Infizierten für den Ablauf der Infektion hin und warnt vor allzu weitgehender Übertragung von Resultaten aus Tierexperimenten auf den Menschen.

Mulzer-Hamburg betont die verschiedene Wertigkeit der Stämme. Er teilt Impfversuche mit Kulturspirochäten mit, die zu einem positiven Resultat geführt haben.

Digitized by Google

Worms-Berlin: Die verschiedenen Lymphknoten bei experimenteller Lues verhalten sich nicht einheitlich bezüglich ihres Spirochätengehaltes.

Stühmer-Münster weist auf die Möglichkeit hin, daß Rezidivstammbildung bei den Immunitätsverhältnissen der experimentellen Kaninchenlues eine Rolle spielen. Bei der Serumuntersuchung seiner Patienten hat sich ihm die Aktivmethode (Stern) praktisch bewährt.

Eicke-Berlin: **Ambulatorische Lumbalpunktion.** Die von Wechselmann angegebene Lumbalkanüle ermöglicht es, Lumbalpunktionen ambulant in der Sprechstunde auszuführen, ohne daß irgend welche Nachpunktionsbeschwerden auftreten. Damit entfallen wichtige Gründe, die bisher einer allgemeineren Anwendung der Lumbalpunktion im Wege standen. Die Forderung der Frühdiagnose der Lues, die uns zu einer bemerkenswerten Einschränkung der Neuinfektionen geführt hat, muß daher jetzt eindringlicher als bisher die Forderung einer Frühdiagnose der Neurolues gegenübergestellt werden. Bei der fast stets vollkommenen Reaktionslosigkeit und Harmlosigkeit des Eingriffes ist damit auch die Möglichkeit gegeben, den Verlauf der Neurolues durch mehrfache Punktionen wissenschaftlich zu verfolgen. Theoretische Begründung des Verfahrens.

Barnewitz-Essen zeigt Bilder, die an der subokzipitalpunktierten Leiche in gefrorenem Zustand gewonnen sind, und weist auf die Überlegenheit dieser Methode hin, wenn sie technisch beherrscht wird. Mitteilung von Untersuchungsergebnissen, die dartun, daß der von Muck angegebene Adrenalinsondenversuch für die Diagnose der Lues des Zentralnervensystems besonders zu verwerten ist.

Mulzer-Hamburg empfiehlt die Punktion nach Wechselmann, weil sie ihm einfacher erscheint.

Bering-Essen: Für den, der die Methode beherrscht, ist die Okzipitalpunktion die Methode der Wahl.

Almkvist-Stockholm spricht sich für die Wechselmannmethode aus, eine Methode, die schon 1920 von Antoni in Schweden eingeführt wurde.

Wagner-Prag: **Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis.** W. hat Kaninchen mit Fiebertherapie allein und mit kombinierter Neosalvarsan-Fiebertherapie behandelt. Die Erfolge waren ausgezeichnet. Schon unter der Fieberwirkung erfolgte ein prompter Rückgang der syphilitischen Erscheinungen. In einzelnen Fällen kann von Heilung gesprochen werden. Die Intensität der Fieberwirkung ist proportional der Höhe und Dauer des Fiebers. Die Kombination von sterilisierenden Neosalvarsandosen mit der Fieberung erzeugt eine erhöhte Schankerimmunität. Zum Fieber wurde verwandt Rocky Mountain spotted Fieber.

Heller-Charlottenburg: **Progressive Paralyse unter den Bühnenkünstlern.** Nur die Beobachtung der Paralysefrequenz in einem fest umschriebenen Personenkreis kann ein richtiges Bild von der Häufigkeit der Krankheit und ihren Schwankungen geben. H. hat die Lebensschicksale der hervorragenden Bühnenkünstler verfolgt und entgegen der allgemeinen Ansicht einen überraschend geringen Prozentsatz festgestellt. Er führt diese Tatsache auf konstitutionelle Eigenschaften der beobachteten Personenkreise zurück. Paralyticus fit atque nascitur.

Schreus und Napp-Düsseldorf: **Kurmaß und Liquorveränderungen.** Im Anschluß an die Statistik von Zurhelle und Krechel werden die Behandlungsergebnisse an 332 Luikern, bei denen die Liquorkontrolle ausgeführt wurde, analysiert. Als Grundlage der Statistik wird zwischen maximal und nicht maximal behandelten Kranken unterschieden, wobei als maximales Kurmaß starke, zeitlich zusammengedrängte Kuren im Sinne E. Hoffmanns gelten. Aus der Statistik ergibt sich, daß 30% der unbehandelten rezenten Luiker (Infektionsalter 0—2 Jahre) liquorkrank sind, hingegen bei behandelten ohne Rücksicht auf die Güte der Kur nur in 7% „passagere" Liquorveränderungen gefunden werden. (Kleine verwertbare Zahlen.) Bei alter Lues (älter als 2 Jahre) sind die entsprechenden Zahlen: Bei unbehandelten Fällen 55% Liquorkranke, bei behandelten (fast sämtlich nicht maximal behandelt) 48% liquorkrank. Die Liquorveränderungen nehmen mit dem Alter der Infektion zu. Da damit gleichzeitig gewöhnlich auch die Zahl der Kuren zinimmt, läßt sich nicht sicher entscheiden, ob ein günstiger Einfluß nicht maximaler Behandlung auf den Liquor besteht; es scheint aber nicht, daß schlechte Kuren eine Zunahme der Liquorveränderungen bedingen. Im ganzen ergibt sich also, daß nicht maximale Behandlung im späteren Verlauf der Lues weder Liquorveränderungen verhütet noch begünstigt.

Hoffmann-Bonn: **Syphilistherapie, kontrolliert mit Subokzipitalpunktion.** Der Nackenstich (Subokzipitalpunktion) ist eine vorzügliche Methode, um vor langer

Digitized by Google

Zeit behandelte syphilitische Kranke bezüglich ihrer endgültigen Heilung zu kontrollieren. Alle auf diese Weise nachgeprüften Kranken mit primärer seronegativer und seropositiver sowie frischer sekundärer Lues, die nach meiner Methode der maximalen Frühbehandlung im Blut frei geblieben waren, zeigten auch ein gesundes Nervenwasser (Liquor). Die Beobachtungsdauer erstreckt sich bis zu 17 Jahren und mehr. Darunter befinden sich auch Kranke, die 2 oder 3mal mit primärer oder auch sekundärer Syphilis mit mindestens zweijährigem, meist längerem Intervall infiziert waren. Auch in Fällen, die nicht ganz so stark behandelt waren, wurde besonders bei der Anwendung von Altsalvarsan, aber meist auch Natrium- und Neosalvarsan ein trefflicher Dauerfolg erzielt. Das starke Dreikurensystem war auch bei solchen Kranken wirksam, die bereits ältere sekundäre Syphilis aufwiesen, und zum Teil auch bei solchen, die krankhafte Veränderungen an den Hirnnerven (Akustikus) oder im Liquor aufwiesen.

Habermann-Hamburg: **Paradoxe Wirkung spezifischer Luesbehandlung.** Fortschreitende klinische Verschlechterungen während intensiver Kur sind bei viszeraler und Neurolues weit häufiger als das Vorkommen therapierefraktärer Hauterscheinungen. Einen Hinweis auf den meist wahrscheinlichen Entstehungsmechanismus dieser Vorkommnisse ergab die Beobachtung eines Falles von ausgedehntem tuberoulzerösem Exanthem der Extremitäten, bei dem unter fortschreitender Abheilung der zentral gelegenen Herde und konsekutiver narbiger Schrumpfung der Rückgang in den peripheren Gebieten nicht nur ausblieb, sondern sogar neue gummöse Infiltrate auftraten. In der durch die Narbenbildung bedingten Veränderung in der Versorgung des Gewebes wird die Ursache für solche Vorkommnisse gesehen.

Vonkennel-München: **Meningeale Permeabilität während Malariabehandlung.** Mittels der Walterschen Brommethode läßt sich für Frühluetiker ohne Liquorveränderungen der normale Permeabilitätsquotient feststellen. Bei Frühlues mit ausgesprochenen Liquorveränderungen ist eine auffallende Permeabilitätserhöhung nachweisbar. Schon während der Inkubationszeit der Impfmalaria kann sich der Permeabilitätsquotient zugunsten einer erhöhten Permeabilität verändern, die dann selbst wieder im gesamten Bereich jeder einzelnen Fieberattacke noch eine ausgesprochene Akme zeigt. Bei frühzeitigem Latentwerden der Impfmalaria geht der Quotient sofort zur Norm zurück, auch mit der Kupierung klingt die erhöhte Permeabilität schon innerhalb weniger Tage wieder ab. Die Ergebnisse der Permeabilitätsuntersuchung lassen es zum mindesten bei Liquorveränderungen dringend angezeigt erscheinen, die auffallend kurze Zeit der Permeabilitätserhöhung durch die Impfmalaria zu chemotherapeutischer Behandlung heranzuziehen. Vergleichende Untersuchungen der Permeabilitätsveränderungen bei Impfmalaria und bei Rekurrens sind von Interesse und Bedeutung.

Bruck-Altona: **Spirozid.** Günstige klinische und serologische Resultate bei der Anwendung von Spirozid bei Frühlues. In Fällen, bei denen eine Injektionsbehandlung auf Schwierigkeiten stößt, kann Spirozid als wirksamer Ersatz herangezogen werden.

Schumacher-Königsberg: **Myosalvarsan** ist gut brauchbar und für eine bestimmte Reihe von Fällen zu empfehlen.

Lomholt-Kopenhagen: **Wismutverteilung.** Mittels einer sehr empfindlichen radiochemischen Methode ist es gelungen, ganz kleine Wismutmengen zu bestimmen — ein Zehntausendstel von 1 mg — und dadurch zu finden, wie sich Wismut zwischen den verschiedenen Blutbestandteilen, Eiweißfraktionen usw. verteilt.

Heuck-München berichtet an der Hand von Tabellen über die Wismutablagerung im Körper. Des weiteren über Malaria-Salvarsan-Wismut-Behandlung der Frühlues.

Jadassohn-Breslau beleuchtet die Frage Konstitution und Infektion bei der Lues und betont, daß zur Zeit der Beweis nicht erbracht sei, daß Paralyse und Tabes zugenommen hätten.

Bering-Essen betont, daß die Permeabilität für Brom (Walter) nicht ohne weiteres die Durchlässigkeit für andere Stoffe anzeige. Die von Heuck mitgeteilten Ergebnisse stimmen überein mit den von Bering vor einem Jahr mitgeteilten.

Schamberg-Philadelphia berichtet über Versuche der künstlichen Erwärmung luetisch infizierter Kaninchen auf 45°, die eine schnellere Abheilung der luetischen Erscheinungen ergaben.

Herxheimer-Frankfurt a. M. sah von Benzazon günstige Resultate.

Kolle-Frankfurt a. M. tritt dafür ein, daß die neuen Präparate, wie Spirozid, Myosalvarsan, für die Fälle reserviert bleiben sollten, wo die sonst übliche Anwendung der Salvarsane nicht möglich ist.

Digitized by Google

Bettmann-Heidelberg: **Dermatographie.** An der Hand zahlreicher Bilder berichtet B. über die Ergebnisse der Dermatographie und erläutert die Unterschiede, zu dem systematische Untersuchungen der Oberflächenzeichnungen der Haut geführt haben.

Jessner und Hoffmann-Breslau: **Experimentelle Hautinfektionen.** Versuche mit Meerschweinchentrichophytie, Rattensporotrichose und Kuhpocken an Tieren mit blockiertem retikuloendothelialem System, ergaben keinen Einfluß der Blockierung auf die Immunität, wohl aber auf den Ablauf der Meerschweinchentrichophytie.

Linser-Dresden: **Thalliumalopezie.** Es wurde die Thalliumwirkung auf das Papillen- bzw. Kolbenstadium der Haare untersucht unter besonderer Würdigung der Haarwuchszentren.

Herrmann-Frankfurt a. M.: **Endothelschädigung bei Toxidermie.** Kapillarmikroskopisch finden wir die Zeichen der Kapillarstauung. Das Kapillarbild unterscheidet sich wesentlich von demjenigen der meisten anderen untersuchten flächenhaften Hautrötungen und zeigt die Schädigung des Kapillarendothels. Ferner fand sich bei vielen Fällen von Toxidermie, speziell nach Salvarsan, eine relative und absolute Verminderung der Monozyten und Übergangsformen im Blutbild. Diese Erscheinung wird als Folge der Schädigung des retikuloendothelialen Apparates angesehen. Das Zellbild in der Kantharidenblase entspricht nicht dem Blutbild, zeigt ein Überwiegen der lymphohistiozytären Elemente.

Poehlmann-München: **Blutgruppenuntersuchungen.** Blutgruppenbestimmungen bei Hautkrankheiten ergaben bisher keine gesetzmäßige Korrelation zwischen Blutgruppe und Hautkrankheit. Als einzige Ausnahme ergab sich bei Psoriasis ein auffälliges Übergewicht der Blutgruppe O (Gruppe I nach Jansky). Diese Tatsache erklärt die Vererbbarkeit der „Disposition" zu Psoriasis von Generation zu Generation. Nachdem auch bei thyreotoxischen Erkrankungen eine auffallende Dominanz der Blutgruppe O besteht, sprechen die Ergebnisse der Blutgruppenbestimmung für den eventuellen Zusammenhang der Psoriasis mit dem endokrinen System.

Urbach-Wien: **Chemie der kranken Haut.** Um über die chemischen Verhältnisse der Haut Klarheit zu bekommen, wird an Stelle der Blutuntersuchung die Untersuchung des mit der Kromeyerstanze entnommenen Gewebes vorgeschlagen und Untersuchungen über den Wassergehalt, den Kochsalzgehalt und Reststickstoff in der Haut in verschiedenen Lebensaltern mitgeteilt.

Stümpke-Hannover: **Konstitutionstypen in der Dermatologie.** Bei der großen Bedeutung, die man heute der Konstitution bei der Entstehung von Krankheiten der verschiedensten Art beimißt, interessiert die Frage, ob auch bei dermatologischen Affektionen, soweit sie nicht zu den direkten Naevusarten gehören, konstitutionelle Faktoren eine Rolle spielen. In diesem Sinne werden zahlreiche Dermatosen im Laufe des letzten Jahres vom Verf. untersucht. Ein grundlegender Einfluß der Konstitution war nicht feststellbar, wenn auch prozentualiter zwischen den einzelnen Affektionen gewisse Unterschiede auffallen.

Bettmann und Gans erheben grundsätzliche Bedenken gegen das Hineinbringen des Begriffes Konstitution in die Hautkrankheiten. Hammer erinnert an den Konstitutionstypus des Seborrhoikers.

Mayr-München: **Haut- und Haarfarbe.** Messungen der Hautfarbe mittels des Hautfarbenfächers von Hintze ergaben, daß bestimmte Beziehungen zwischen Haut- und Haarfarbe vorhanden sind.

Schmidt-La Baume-Frankfurt a. M.: **Dermoelastometrie.** Systematische Untersuchungen der Haut mit dem Elastometer (Schade). Es ergibt sich ein Elastizitätsverlust bei Quellungszuständen, Erytheme steigern die Elastizität im Gegensatz zum Ödem.

Brill-Jena: **Analytische Untersuchungen des Schweißes.** Bei Hautkranken und Hautgesunden wurden chemische Analysen im Schweiß vorgenommen, die sich vor allem auf den Säurebasengehalt, sowie auf Messungen der Chloride bezogen. Diese Untersuchungen erstreckten sich in gleicher Weise auf Blut und Urin. Einzelne Dermatosen zeigen Verschiebungen des Säurebasengehaltes im Schweiß, sowie Differenzen im Chlorgehalt im Vergleich zu Hautgesunden. Unter den Kontrollversuchen fallen die Schweiße der Luetiker durch besondere Veränderungen auf, die mit der WR im Blutserum in Verbindung zu bringen sind.

Frei und Grünmandel-Breslau: **Beziehungen der Haut zum heterogenetischen Antigen.** Bei einer Reihe von Tieren aus der sog. Meerschweinchengruppe wurde durch Präzipitation und Komplementbindungsversuche das heterogenetische Antigen in der Haut nachgewiesen. Bei einem Teil dieser Tierarten konnten durch intrakutane

Digitized by Google

Injektion heterogenetischer Antiseren Hautreaktionen erzielt werden, eine Methode, die als Nachweisverfahren Beachtung verdient.

W. Jadassohn-Zürich: **Pilzzüchtung auf Organen.** Die Tatsache, daß gewisse Organe und gewisse Tierarten von gewissen Pilzaffektionen verschont bleiben, kann durch eine Hemmung in vivo erklärt werden. Diese Hemmung kann auf einer hemmenden nach dem Tode zugrunde gehenden Substanz oder auf einem Mechanismus der lebenden Zelle beruhen. Eine zweite Erklärungsmöglichkeit ist die Annahme, daß eine das Pilzwachstum ermöglichende Substanz in vivo fehlt, die durch die nach dem Tode einsetzenden chemischen Veränderungen entsteht.

Rille-Leipzig: **Pellagra.** Unter Demonstrationen zahlreicher Lumièrephotos wird der Befund und die Krankengeschichte eines autochthon in Deutschland entstandenen Falles mitgeteilt. Es handelt sich um eine Patientin mit typischem Symptomenkomplex von seiten des Nervensystems und der Haut. Es finden sich typisch wie atypisch lokalisierte Hauterscheinungen von erheblicher Ausdehnung.

Arzt-Wien berichtet über einen von ihm kürzlich in Innsbruck beobachteten Fall.

J. Jadassohn-Breslau verweist auf die bisweilen schwierige Differentialdiagnose.

Kreibich-Prag: 1. **Granuloma senile.** Zahlreiche senile Warzen des Rückens. Basis gerötet. Klinische Diagnose Karzinom. Histologie zeigt Entzündung und retikuläre Auflockerung der Papillen, darüber senile Warze nur akanthotisch gestreckt und eleviert. Keine Atypie der Basalzellen, an Stelle der Hornschicht Kruste oder dünne Parakeratose. Ursache traumatische Reizung.

2. **Blauer Naevus.** Pigment vorwiegend in den Chromatophoren. Spindelige Naevuszellen, sehr wenig melanotisches Pigment, dagegen voll erfüllt mit doppelbrechendem Lipoid. Bilder Xanthom ähnlich. Befund spricht für die epitheliale Natur der spindeligen Zellen und ergänzt den Befund von Sato, der darin Dopareaktion fand. An einer umschriebenen Stelle mehr epitheliale Beschaffenheit der Naevuszellen.

3. **Muzin** bei Pemphigus foliaceus acutus und chronicus. Papillen sind myxomatös verändert, dünnes Fasernetz, Sternzellen, Muzinfärbung. Veränderung bei Pemphigus fol. acutus intensiv, bei dem seit Jahren bestehenden Fall ebenfalls deutlich vorhanden. Bei Psoriasis Muzingehalt wechselnd.

4. **Lichen striatus** der Bauchhaut. Streng von der Mittellinie des Nabels nach links Gruppe von etwa 20 hellerstückgroßen elevierten Herden. Entzündung, hochgradige Akanthose, Parakeratose. Dauer 2 Monate. Heilung. Lang angezogene Herde sprechen dafür, daß primär die Sensibilisierung der Metamere vorausgegangen ist, worauf erst das Trauma (Reibung usw.) das Phänomen provoziert (Touton). Lichen striatus ist eine exsudative Form der Lichenifikation.

Bloch-Zürich bestätigt die Befunde Kreibichs.

Frieboes-Rostock weist darauf hin, daß nicht alle Dendritenzellen Langerhanszellen seien.

Zieler-Würzburg: **Pathogenese der Hautkrebse.**

Arzt-Wien: **Leukämische Myelose.** Besprechung jener seltenen Fälle von Leukosen, die mit geschwulstartigem Wachstum auftreten, jedoch von Hirschfeld von den echten Geschwülsten abgetrennt, mit dem Namen Sarko-Leukämien oder Sarko-Leukosen belegt werden. Mitteilung eines einschlägigen Falles eigener Beobachtung mit multiplen knotenförmigen Hautveränderungen, histologisch aus myeloischem Gewebe bestehend, ferner myeloisch-leukämischer Blutbefund und pathologisch-anatomisch anscheinend geschwulstartige Wucherung.

Zieler und Hämel-Würzburg: **Spezifität des Tuberkulins.**

Wichmann-Hamburg: **Superinfektion mit Tuberkelbazillen.** In der Regel reagiert die menschliche Haut auf die intrakutan gesetzte Superinfektion mit 100 000 bis 200 000 Keimen in Form einer akuten Entzündung, durch welche die Superinfektion nach einer Reihe von Wochen restlos überwunden wird. In Ausnahmefällen tritt ein reaktionsloser Abbau bzw. die Entwicklung eines progredienten Geschwüres ein. Wiederholte Superinfektionen lassen vielfach eine Abschwächung des Reaktionsverlaufes erkennen. Die durch die Superinfektionen gesetzten Alterationen und Reaktionen sind quantitativ wie qualitativ in makroskopischen wie insbesondere im histologischen Bilde außerordentlich verschieden. Sie entsprechen der individuell verschiedenen Disposition zur Tuberkulose und Immunitätsentwicklung; der Verlauf steht in einem gewissen Parallelismus zur präexistenten Hauttuberkulose. Die Tuberkulinempfindlichkeit geht nicht immer der Empfindlichkeit der Haut auf die Superinfektion konform. Während die Entwicklung der Superinfektion makroskopisch wie histologisch einen Schluß auf

Digitized by Google

Disposition bzw. Immunitätszustand der Haut gestattet, ist ein solcher Schluß aus der Tuberkulinreaktion nicht zu entnehmen. Eine wesentliche Beeinflussung präexistenter Hauttuberkulose durch die Superinfektion konnte nicht festgestellt werden.

Ramel-Lausanne: **Tuberkulose und Akne.** In 5 Fällen von Acne vulgaris, die meistens der nodösen und phlegmonösen Form entsprachen, ist es dem Verfasser gelungen, durch direkte Impfung auf Meerschweinchen von frischen Effloreszenzen ihre tuberkulöse Ätiologie nachzuweisen.

Auf Grund dieser experimentellen Feststellungen nimmt Vortr. an, daß die Acne vulgaris bzw. ihre nodöse Form als eine abgeschwächte Hauttuberkulose zu betrachten sei, die sich insofern von den übrigen tuberkulösen Hauterscheinungen unterscheidet, als sie auf einer seborrhoischen Grundlage zur Entwicklung gelangt. Für den Erfolg des Tierversuches bedarf es einer besonders genauen Impftechnik, weil die Verimpfung eine sehr abgeschwächte Infektion bewirkt, die am Meerschweinchen sogar ausheilen kann.

Kreibich weist darauf hin, daß es sich um eine Art Fremdkörpertuberkulose handeln könnte.

Freund-Triest: **Lupoid.** 40jähr. Hebamme. Für Tuberkulose weder familiär- noch personalanamnestisch irgend welche Anhaltspunkte. Ebensowenig objektiv ein für Tuberkulose sprechender Befund. Die Affektion besteht seit einem Jahre. Obj. Befund: Zahlreiche über das ganze Gesicht und die Vorderseite des Halses gleichmäßig zerstreute, etwa linsengroße, blaßrote bis braune, resistente, nicht einschmelzende Knötchen, von denen mehrere spontan verschwunden sind, während neue auftreten. Kein Juckreiz oder sonstige Beschwerden. Sonst auf dem übrigen Körper normale Verhältnisse. Histol. Befund: Typisch. (Vorhandensein einzelner Riesenzellen.) Therapie: Injektionen von Solganal.

v. Planner-Wien: **Lymphogranulomatose.** v. P. berichtet über Hauterscheinungen bei Lymphogranulomatose, die unter Geschwürsbildung einhergingen, unter Vorweisung makroskopischer und mikroskopischer Aufnahmen.

Hofmann-Frankfurt a. M.: **Erbgang der Hydroa vacciniforme.** An der Hand eines Falles von Hydroa vacciniforme wird an Stammbäumen die Konsanguinität nachgewiesen, die Rezessivität des Merkmals dargetan. Eine Bindung an das Geschlecht liegt nicht vor.

Stein-Wien: **Hydroa vacciniforme.** Bei einem Pat., der schon seit Jahren an Hydroa vacciniforme litt, konnte während des Anfalles der Nachweis einer Leberinsuffizienz mit Hilfe der Galaktoseprobe erbracht werden. Dieser Befund wird dahin gewertet, daß die auslösende photodynamische Substanz dem gestörten Stoffwechsel der Leberzellen ihre Entstehung verdankt. Ferner gelang es, während des Anfalles die Photosensibilität auf Gesunde zu übertragen durch intrakutane Einverleibung im Anfalle entnommenen Patientenserums. In anfallsfreier Zeit wurde bei einer solchen Übertragung keine Wirkung erzielt.

Fuß-Ludwigshafen: **Spieglersche Tumoren.** Es handelt sich in dem einen Fall um einen etwa 60jähr. Mann, der etwa 20 Tumoren auf dem behaarten Kopf und dem Nacken aufweist, die, soweit sie histologisch untersucht sind, als Spieglersche Zylindrome angesehen werden müssen. Der Sohn ist etwa 40jähr., seine ganze Kopfhaut war mit einer sehr großen Anzahl von Tumoren übersät. Eine Anzahl der Tumoren ist bereits verarbeitet und auch das noch vorhandene Material wird noch histologisch untersucht. Sie ergeben histologisch genau das gleiche Bild wie die Tumoren des Vaters.

Dörffel-Königsberg: **Kalkablagerungen der Haut.** Er kommt zu dem Resultat, daß dieser Veränderung eine Störung im Gewebe nicht im Kalkstoffwechsel zugrunde liegt.

Riehl jun.-Wien: **Verbrennungstod.** Ausgehend von den bisherigen Studien über die Verbrennung wurde die Beantwortung folgender Fragen mit neuen, exakten Methoden versucht: 1. Lassen sich nach Verbrennung im Tierexperiment Änderungen des Adrenalingehaltes der Nebennieren (Mark) quantitativ und zeitlich nachweisen? 2. Deuten andere im Versuch nachweisbare Symptome auf Veränderungen auch der Nebennierenrinde hin? 3. Kommt es zu allgemeinen, auf eine Toxikose deutenden Symptomen im peripheren Gefäßsystem?

Die im Wiener pharmakologischen Institut an lumbalanästhesierten Meerschweinchen und dezerebrierten, rückenmarklosen Katzen mit siedendem Wasser, Leinöl bzw. Bunsenflamme ausgeführten Verbrennungsversuche ergaben bei experimentell-pharmakologischer Prüfung des von den verbrannten Tieren gewonnenen Nebennierenextraktes (Blutdruck-

Digitized by Google

versuche an Katzen): ad 1. Der Adrenalingehalt der Nebennieren nimmt selbst bei ausgedehnten Verbrennungen schwersten Grades, zum Unterschiede von anderen Vergiftungen, wie z. B. durch Nikotin und quartäre Ammoniumbasen, nur allmählich ab. In manchen Versuchen bleibt er unverändert und ist sogar erhöht, welch letzterer Umstand dadurch zu erklären ist, daß die Nebennieren in diesen Versuchen in einem Stadium untersucht wurden, in welchem infolge der Giftwirkung offenbar die Adrenalindepots reichlich Adrenalin im Nebennierenmark in Freiheit setzen, welches jedoch aus dem Organ noch nicht ausgeschwemmt worden ist. ad 2. Auf Veränderungen der Nebennierenrinde deutet fallweise Ausschwemmung von Cholin in die Blutbahn, woraus man aus der erhöhten Adrenalinwirkung der Nebennierenextrakte nach Atropinisierung schließen kann. ad 3. Bei langdauernden Versuchen kommt es als Ausdruck einer schweren Toxinwirkung mit der Zeit zu einer Lähmung der peripheren Gefäßnerven, so daß diese weder auf blutdrucksteigernde noch -senkende Mittel reagieren.

Eichler und Rottmann-Göttingen: **Mycosis fungoides.**

Galewsky-Dresden: **Trichorrhexis areata.**

Galewsky-Dresden: **Trichotillomanie.**

Freund-Berlin: **Herpes und Zoster.** 1. Die Herpes- und Zosterfälle (994 bzw. 869) der Berliner Hautpoliklinik aus den Jahren 1920—1926 wurden auf die Beteiligung der einzelnen Altersklassen, Häufigkeit des Vorkommens in den verschiedenen Jahreszeiten usw. untersucht. — 2. 8 Fälle von rezidivierendem genitalem und extragenitalem Herpes wurden zu therapeutischen Zwecken der ein- bis mehrmaligen Vakzination mit Kuhpockenlymphe unterworfen. Die Methode, welche auf den von Gildemeister und Herzberg aufgedeckten gekreuzt immunisatorischen Beziehungen zwischen Herpes und Vakzine beruht, hat sich seither bewährt. Die der Vakzination vorausgehende und nachfolgende Beobachtungszeit betrug durchschnittlich je $^1/_2$ Jahr. — 3. Demonstration histologischer Präparate eines Falles von Zoster bei lymphatischer Leukämie (Haut und Zentralnervensystem).

Schallinger-Brünn: **Tumorartige Veränderungen aus elastischem Gewebe.** (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

Leven-Elberfeld: **Prädilektionsstellen für die Naevusbildung.** Der phylogenetische Charakter der Naevi tritt insbesondere dort hervor, wo sich Mäler, wie dies häufig zu beobachten ist, an Stellen vorfinden, an denen idioplasmatische Störungen, Mißbildungen, Tumoren mit Vorliebe auftreten, und wo besonders in die Augen springende philogenetische Beziehungen, z. B. rudimentäre Organe, vorhanden sind. Auf Zusammenhänge zwischen Geschwulstformen und Stammesentwicklung hat Mathias in seiner Lehre von den Progonomen und Progonoblastomen aufmerksam gemacht. Zu diesen rechnet er auch die Naevi der Konjunktiva. Belege für den phylogenetischen Charakter bieten die Gegend der Brustwarzen, des Kreuzbeins, die Sklarzschen Tasthaarhügel, die Naevi pigmentosi der Mundschleimhaut und die Ephelidenbildung an den Streckseiten der Oberarme.

Durch den phylogenetischen Charakter der Mäler wird es auch verständlich, daß, wie Meirowsky und Leven gezeigt haben, die ausgedehnten Mäler der Tierzeichnung folgen.

Rost-Freiburg i. B.: **Behandlung von Hautkrankheiten in der allergenfreien Kammer.** Die Erfolge der Reinluftbehandlung nach Storm van Leeuwen sind bei allergischen Hauterkrankungen, im besonderen beim spätexsudativem Ekzematoid, teilweise sehr günstig.

Stein-Wien: **Therapeutische Technizismen (Rosazeabehandlung, Komedonenentfernung, Varizenbehandlung, kosmetische Gesichtsspannung).** Das Prinzip dieser am besten als kosmetische Gesichtsspannung zu bezeichnenden Methode besteht darin, daß man an bestimmten Stellen durch Exzision von ovalären Hautläppchen Zugwirkungen setzt, welche die Runzeln ausgleichen. Geradeso wie man imstande ist, ein bereits ausgedehntes Gummiband durch Herausschneiden eines Stückes wieder anzuspannen, gelingt der Ausgleich der Falten- und Furchenbildung auch in der Gesichtshaut und bringt ihr gealtertes und verwittertes Aussehen zum Schwinden. (Demonstration der einzelnen Operationsfehler an Diapositiven.) Alle diese kleinen Operationen ergänzen sich gegenseitig, sie werden im Laufe mehrerer Monate durchgeführt, und es gelingt so durch einige, an sich ganz ungefährliche Eingriffe, die Faltenbildung im ganzen Gesicht zu beheben. Wird die kosmetische Gesichtsspannung zu einem Zeitpunkte vorgenommen, wo die Gesichtshaut noch reichlich normalen Turgor besitzt und noch keine allzu weit vorgeschrittenen degenerativen Erscheinungen aufweist, so hält der Effekt dieser Operation durch mehrere Jahre an.

Digitized by Google

U. Saalfeld-Berlin: **Zur Behandlung mit druckfreien Verbänden nach Lasker.**

Moncorps-München: **Resorption salbeninkorporierter Medikamente.** 1. Gemeinsam mit W. Claussen: Die Resorptionsgröße und der Ausscheidungsmodus werden sowohl durch die Applikationsweise als auch durch die physiko-chemischen Eigenschaften der Salben gesetzmäßig bestimmt.

2. Neben der Bestimmung der Ausscheidungsverhältnisse wurde der Einfluß der Salbentherapie auf den Gesamtorganismus studiert; an Hand der Ergebnisse über pH-Verschiebungen im Harn und auf Grund gasanalytischer Blutuntersuchungen (Haldane, v. Slyke) wird zur Frage über die Bedeutung der Alkalose bzw. Azidose für Pathologie und Therapie der Dermatosen Stellung genommen.

Maerz-Eßlingen: **Behandlung des Ulcus cruris und der Varizen.** Durch die von Unna und Linser inaugurierten Behandlungsmethoden ist eine schnelle und sichere Heilung zu erzielen. Es ist Aufgabe der Hautkliniken, Studenten und Ärzte, auf diese Heilungsmöglichkeiten hinzuweisen und sie in der Technik zu unterrichten.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia

1927, Bd. 68, H. 3

Experimentelle Untersuchungen über Superinfektion und Immunitätszeichen bei Syphilis (Ricerche sperimentali di superinfezione sifilitica e fenomeni immunitari nella sifilide), von A. Pasini, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 941. Die Superinfektionen geschahen an 17 Syphilitischen mit verschiedener Altersepoche ihrer Krankheit. Die Befunde sind durch beigefügte Photogramme nachprüfbar gemacht. Es ergab sich, daß die Superinfektion nur in 70% der Impfungen gelingt. Das Reaktionsprodukt nimmt fast immer die für das Krankheitsstadium des Geimpften charakteristische Morphe an. Das gleiche Impfmaterial erzeugt bei gleichzeitig geimpften verschiedenen Kranken verschiedenartige Bilder. Wird aber am gleichen Kranken von einer Stelle auf eine andere überimpft, dann gilt dieses Gesetz nicht. Impft man in die Narben tertiärer Geschwüre, so geht die Impfung nicht an. Das beweise, daß neben der allgemeinen „Immunität" der Syphilitiker eine lokale besteht. Die allergische, entzündliche Reaktion, welche auf die Einimpfung fremder Spirochäten erfolgt, muß man als Abwehrtätigkeit des Gewebes auffassen. Das hindert aber nicht, daß die Superinfektion in die Erscheinung tritt. Es ist daher wahrscheinlich, daß das Treponema im allergischen Herd in Entwicklungsformen sich erhält, die wir mit unseren Hilfsmitteln bzw. Methoden nicht nachweisen können. Da auf die Einwirkung fremden Giftes sowohl allergische Reaktion wie Zeichen von Superinfektion ausbleiben können, muß man annnehmen, daß neben der Abwehr durch lokale Gewebeimmunität auch eine auf die Säfte zurückzuführende Immunität bestehen kann, die sich durch kein klinisches Zeichen verrät. Eigenes Gift erzeugt in der Regel viel geringere und kürzerdauernde allergische Reaktionen als fremdes. Die spezifischen Heilmittel haben, während sie auf die spontane Syphilis rasch und energisch einwirken, nur eine langsame Wirkung auf die Produkte des eingeimpften heterologen Treponoma; sie hindern nicht ihre Entstehung und eine Zeitlang auch nicht ihre Entwicklung. Sukzessive Superinfektionen mit fremdem Virus erzeugen für gewöhnlich immer stärker werdende und manchmal sehr bedeutende allergische Reaktionen. Offenbar entsteht durch wiederholte Impfungen eine Überempfindlichkeit und übermäßige Reizbarkeit des Gewebes. An der allergischen Abwehr scheint sich besonders das retikulo-endotheliale System zu beteiligen.

Syphilis und zivilrechtliche Verantwortlichkeit (Sifilide e responsabilita civile), von A. Mibelli, Derm. Univ.-Kl. Messina. S. 970. Verf. tritt, um die Ausbreitung der Syphilis zu beschränken, für Maßnahmen auf zivilrechtlichem Gebiete ein. In dieser Beziehung sieht es in Italien nicht sehr befriedigend aus.

Digitized by Google

Über systematisierte Hyperidrosis (Su l'iperidrosi sistematizzata), von **M. Arton**. S. 982. Im Ulnarisgebiet der linken Hand eines jungen Mannes von 20 Jahren lokalisierte Hyperidrosis. Gleichzeitig Vasodilatation und Erhöhung der Hautwärme; keine subjektiven Symptome. Aus den klinischen Verhältnissen und den pharmako-dynamischen Proben (auffallend schwache Adrenalinreaktion im befallenen Gebiet) zieht der Verf. den Schluß, daß eine Mindertätigkeit im Sympathikus im befallenen Gebiet vorliegt. Auch andere Hyperidrosen dürften auf Sympathikusstörungen zurückzuführen sein, selbst wenn Störungen des übrigen Nervensystems vorliegen; er nimmt Dystonien des Sympathikus vom Typus eines gesteigerten Vagotonus an. Örtliche Störungen kommen bei sonst gesundem Verhalten des vegetativen Nervensystems vor. Bei lokalen Hautstörungen müsse man daher nach Gleichgewichtsveränderungen im Zustand des Sympathikus suchen (Abbildungen).

Über einen weiteren Fall von Melanodermatitis toxica lichenoides et bullosa Hoffmann (Su un ulteriore caso di melanodermitis toxica lichenoides et bullosa-Hoffmann), von E. Freund-Triest. S. 998. Beschreibung eines neuen Falles, der durch die Einwirkung von Teerdämpfen bei einem Schiffsarbeiter entstanden ist. Die Hyperpigmentierung stellte sich nach vorübergehendem Nachlassen wieder ein.

Beobachtung einer durch Trichophyton glabrum in Italien beobachteten Scheerflechte-Epidemie (Epidemia di tigna da Trichophyton glabrum osservata in Italia), von G. A. Ambrosoli, Derm. Univ.-Kl. Mailand. S. 1011. Bericht über eine Endemie in einer Kleinkinderbewahranstalt. Das Trichophyton glabrum ist in Italien selten. Isolierung und Kultur des Pilzes. Tierversuche.

Beitrag zur Kenntnis des „blauen Naevus" (Tièche) (Contributo alla conoscenza del nevo azzurro), von G. Armuzzi, Derm. Univ.-Kl. Bonn. S. 1021. 6 Fälle. Dreimal fand sich eine Mischung mit Naevus mollis, einmal bestand die Geschwulst nur aus zum Teil pigmentierten Naevuszellen. Ein Fall erwies sich trotz makroskopisch gleichen Aussehens als ein benignes Melanom epithelialen Ursprungs. Die Blaufärbung hängt also nicht vom spezifischen Charakter der Geschwulst, sondern von der Überschichtung der dichten Pigmentschicht mit darüber gelagertem nichtpigmentiertem Gewebe ab. Die Dopareaktion genügt nicht, wie Bloch meint, um die Zellen dem Mesoderm eigen aufzufassen; denn zweimal war die Reaktion nicht ausgesprochen positiv; ältere Pigmentzellen reagierten sogar intensiver. Die Reaktion auf Höllenstein verhielt sich fast wie die Dopareaktion. Diese Chromatophoren sind als Melanoblasten aufzufassen. Vielleicht haben sie mit den gewöhnlichen Chromatophoren der Haut nichts zu tun.

Beitrag zur Kenntnis der akuten, nichtvenerischen Geschwüre der äußeren weiblichen Geschlechtsteile (Contributo alla conoscenza delle ulcerazioni acute non veneree dei genitali esterni femminili), von F. Flarer, Derm. Univ.-Kl. Pavia. S. 1042. Bericht über 4 Fälle, der eine ein akutes tuberkulöses Geschwür, der zweite ein Koligeschwür bei Typhus, ein dritter eine primäre diphtherische und ein vierter eine Ulzeration durch Streptokokken betreffend. Abbildung.

Generalisierter Favus mit Onychomykose (Tigna favosa generalizzata con onicomicosi), von G. Donato. S. 1055. Bemerkenswert ist die symmetrische Anordnung der Ausschläge und die außerordentlich seltene Erkrankung der Nägel. Abbildung.

A. v. Notthafft-München.

Bücherbesprechungen

Les radiations lumineuses en physiologie et thérapeutique, von A. C. Guillaume. (Verlag Masson & Cie., Paris 1927.) Ein Buch, auch für den Praktiker bestimmt, das alles Wissenswerte über den heutigen Stand unserer Kenntnisse der Strahlen von Ultraviolett bis zum Infrarot bringt. Verf. bespricht zuerst die physikalisch-chemischen Eigenschaften dieser Strahlen, dann die verschiedenen in der Praxis gebräuchlichen Strahlenspender mit den entsprechenden Meßmethoden. Eingehend geht der Verf. auf die durch Bestrahlung gesetzten Hautveränderungen, ihre Entstehung, die dabei auftretenden makroskopischen und mikroskopischen Befunde und auf die natürlichen und künstlichen Schutzmaßnahmen der Haut gegen die Strahlenwirkung ein. Der vom Verf. in früheren Arbeiten betonte Antagonismus zwischen Ultraviolett und Infrarot wird erörtert. Ausführlich werden die örtlichen und allgemeinen Bestrahlungsfolgen, wie Pigmentierung, Gefäßbeeinflussung, Wirkung auf das endokrine System und den Stoffwechsel,

Digitized by Google

zur Sprache gebracht. Ferner beschäftigt sich der Verf. mit Fluoreszenzerscheinungen und Sensibilitätsphänomenen, sowie der Photosensibilisierung. Besonders wertvoll ist das Schlußkapitel, das die gerade auf dem Gebiete der Strahlentherapie herrschende Polypragmasie in allen Zweigen der Medizin verwirft und strenge Indikationen für eine erfolgreiche Therapie aufstellt. W. Curth-Berlin.

Beiträge zur Frauenbiologie (Die jüdischen rituellen Sexual-Vorschriften), von S. Weissenberg. (Abhandlung a. d. Geb. d. Sexualforschung, 1927, Bd. 5, H. 2. Preis RM. 2,20. Verlag A. Marcus & E. Weber, Berlin 1927.) Im Verlauf statistischer Erhebungen zeigte sich, daß auch die Revolution die jüdischen rituellen Sexualvorschriften fast unbeeinflußt gelassen hat. Bei den Jüdinnen wird der Geschlechtsverkehr gewöhnlich erst 14 Tage nach dem ersten Tag der Menses wieder aufgenommen und zuvor das Ritualbad, die „Mikwe", gebraucht. Die Mehrzahl der Russinnen hingegen verkehrt bereits während der Menses oder unmittelbar nach ihrem Aufhören. Ähnlich verhält es sich mit der Wiederaufnahme des Geschlechtsverkehrs nach einer Entbindung: Während die Mehrzahl der jüdischen Frauen erst wieder nach 5—6 Wochen verkehren, setzt der Verkehr der Russinnen schon nach 2—4 Wochen wieder ein. Es zeigt sich, daß die rigorosen religiösen Vorschriften der Juden biologisch weit besser fundiert sind und daß sich aus diesem „Massenexperiment" wichtige theoretische Schlüsse in der Frage des Zusammenhangs zwischen Konzeptionsoptimum und Menstruationstermin ziehen lassen. Die kleine Schrift gibt außerordentlich wichtige sexualwissenschaftliche Aufschlüsse über ein wenig bekanntes Gebiet, auch die Vergleiche mit den Grundsätzen der Pastoralmedizin sind von hohem Interesse. M. Gumpert-Berlin.

Therapie der organischen Nervenkrankheiten, von M. Schacherl-Wien. (Preis RM. 6,90. Springer, Wien 1927.) Der Versuch, die zahlreichen therapeutischen Arbeiten auf dem Gebiet der organischen Neurologie zu sichten und damit eine Grundlage der Therapie zu schaffen, die für den Praktiker und Studierenden eine brauchbare Grundlage bildet, wird dankbar begrüßt werden. Daß bis heute eine zielstrebige, einheitliche Therapie noch ein frommer Wunsch ist, wird dem, der sich durch den Wust mehr oder weniger begründeter therapeutischer Vorschläge auf dem Gebiet der Nervenkrankheiten hindurchzufinden sucht, besonders klar. Der Verf. hat sich denn auch in der Hauptsache auf Angabe, besonders auch von ihm selbst erprobter Methoden und Mittel beschränkt. In 9 Abschnitten wird die Therapie der luogenen Nervenkrankheiten besprochen. Außer auf die Anwendungen von Jod, Hg, Bi, Salvarsan wird besonders auch auf die Fiebertherapie eingegangen. Als Schüler von Wagner-Jauregg verfügt der Verf. gerade in diesem Gebiet über besonders umfangreiche Erfahrungen. Neben der Malaria- und Rekurrensbehandlung, der Natrium nucleinicum- und Phlogetananwendung ist ein besonderes Kapitel der Wirkungsweise des Tuberkulins, der Staphylokokken- und Vakzinebehandlung gewidmet. Anschließend an eine kurze Darstellung der Pathologie des Liquors wird die Technik der endolumbalen Therapie besprochen; hier wird die Angabe des vielfach bewährten Verfahrens nach Swift und Ellis vermißt. Mit kritischer Vorsicht werden die bisherigen Heilversuche der multiplen Sklerose gestreift und anschließend auf die Aussichtslosigkeit der heutigen Therapie bei enzephalitischen Zuständen hingewiesen. Ein Kapitel über Elektro- und über Hormontherapie, welch letzterer der Verf. als Adjuvans schon heute eine bedeutende Rolle auf Grund eigener Erfahrung zuschreibt, beschließt das 136 Seiten lange Büchlein, das seinen Zweck, vor allem dem Praktiker als kleiner Ratgeber zu dienen, völlig erreicht. F. Georgi-Breslau.

Mitteilungen aus der Literatur

Anatomie und Physiologie der Haut

Métastructure et croissance des fibrilles, formation des faisceaux dans le caillot artificiel de collagène (Struktur und Wachstum der Fibrillen, Bündelbildung im künstlichen Kollagengerinnsel), von J. Nageotte. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 16, S. 1268.) In Fortsetzung einer früheren Arbeit des Verf. (Ref. diese Wochenschrift, 1927, Nr. 28, S. 1016) wird an Hand von Abbildungen das Wachstum der einzelnen Fibrillen des Kollagens und die Bildung ganzer Fibrillenbündel gezeigt.
A. Holländer-Bielefeld.

Über Striae gravidarum und ihre photochemische Bedeutung, von A. Mayer, Univ.-Frauenkl. Tübingen. (M. m. W., 1927, Nr. 15, S. 627.) Verf. wendet sich gegen

Digitized by Google

die alte Dehnungstheorie der Striae und will diese aufgefaßt sehen als „Schwangerschaftsreaktion der Bauchdecken". Die Bauchdecken sind in der Gravidität weich, nicht gespannt wie bei Tumoren! Er stellt in diesem Sinne Thesen auf, die zwar noch nicht erwiesen sind, aber zu Beobachtung und Nachprüfung reizen: 1. Alte Erstgebärende haben oft auffallend wenig Striae. 2. Schlechte Striae lassen schlechte Wehen erwarten. 3. Gut entwickelte Striae lassen auf verminderte Dammrißgefahr schließen. 4. Striae haben die biochemische bzw. photochemische Aufgabe, das Kapillarnetz der Oberfläche und damit der Lichteinwirkung näher zu bringen. 5. Es gibt Unterschiede der Striaebildung bei pigmentschwachen und pigmentstarken Frauen. Letztere dürften stärkere Striae bilden. Allerdings scheint ein Nachlassen der Striaeneigung durch stärkere Belichtung beobachtet zu sein (bei Naturvölkern und der heutigen, weniger lichtschützenden Frauenkleidung). 6. Die Schwangerschaftspigmentationen haben eine biologische Bedeutung und stehen in Parallele zur Striaebildung. E. Tangl-Eger.

Mikrobeobachtungen der Schweißsekretion der Haut des Menschen unter Kontrastfärbung. IV. Mitteilung: Vergleichende Reizreaktionen unter verschiedener örtlicher Hautdurchblutung, von E. Jürgensen, I. Med. Kl. München. (D. Arch. f. kl. Med., 1927, Bd. 155, H. 5 u. 6, S. 342.) Blutleere der Haut führt zum Stillstand der Schweißabsonderung, venöse Stauung zu ihrer Verminderung, reaktive Hyperämie zur erhöhten Sekretionsbereitschaft und ödematöse Schwellung zu einer Vermehrung der Hautwasserabscheidung ohne Vermehrung der Schweißsekretion. Die vollständige Hemmung der Schweißabsonderung führt zur Reizung sensibler, besonders der wärmeempfindlichen Nervenelemente. Lautes Vorlesen eines Lesestückes mit Worten, welche dem Wortschatze der Versuchsperson fernliegen, löst Schweißsekretion bei jedem schwierigen Worte aus; bei Kopfrechnen tritt leicht Ermüdung der Sekretion auf. Die Temperaturempfindlichkeit der in ihrer Schweißsekretion gehemmten Haut tritt sowohl unter Blutleere wie auch unter Atropinbehandlung auf, es besteht ein Zusammenhang der temperaturempfindlichen Nervenendigungen mit den sekretorischen Zellen der Knäueldrüsen, und es erfolgt bei Stillstand der Schweißsekretion ihre Reizung entweder durch Wasserverarmung oder durch Stoffwechselstörungen der Haut. Ferd. Winkler-Wien.

Über das Vorkommen und den Bau der Zirkumoraldrüse der Katze. 16. Beitrag zum Bau und zur Entwicklung von Hautorganen bei Säugetieren, von H. von der Ohe, Anat. Inst. Tierärztl. Hochschule Hannover. (Anat. Anz., 1927, Bd. 63, Nr. 14/15, S. 193.) Im Kinnwinkelgebiet der Katze liegen Talgdrüsen von mächtiger Ausdehnung, die sich nach rückwärts bis zur Lippenkommissur erstrecken und von hier aus in den Bereich der Oberlippe übergreifen; diese Drüsenansammlung wird Zirkumoraldrüse genannt, tritt an der Unterfläche der abpräparierten Unterlippenhaut als Gruppe von stecknadelkopfgroßen, weißlichen, 3 mm langen Gebilden hervor und hat die biologische Aufgabe der Einfettung der Haare des Lippengebietes. Auch die Schweißdrüsen des Lippenrandes sind stärker als sonst an der Haut der Katze. Jede Talgdrüse gehört zu einer aus einem Mittelhaar und einiger kreisförmig um das Mittelhaar gestellten Haarbündel bestehenden Haargruppe und zu einer Schweißdrüse. Eine Beeinflussung dieser Drüsen durch den Sexualzyklus ist nicht nachzuweisen. Die Angabe der Literatur, daß am Unterkiefer der Katze keine Spürhaare vorkommen, ist unrichtig; im Zirkumoraldrüsengebiet finden sich sowohl am Oberkiefer wie am Unterkiefer in regelmäßiger Anordnung Spürhaare, die in einem Blutsinus stecken. Ferd. Winkler-Wien.

Physiologie der Haut, von F. Pinkus-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 30, S. 1154.) Sammelreferat.

Zur Biologie der Haut. VIII. Mitteilung: Intrakutane Galvanisierung, von G. Bruns und H. Vollmer, Kaiserin-Aug.-Viktoria-Haus Charlottenburg. (Zschr. f. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 3/4, S. 602.) Intrakutane Reizung mit schwachem, galvanischem Strom löste an der Kathode peripheren Leukozytensturz aus, während bei Benutzung der Anode dieses Phänomen nicht festgestellt werden konnte. Verff. sehen in diesem Ergebnis eine Stütze für ihre Anschauung, daß die Wirkung der Intrakutaninjektion von einer Störung der Kolloidverhältnisse im Gewebe abhängig ist.

E. Schröpl-Prag.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 44 (Bd. 85) 29. Oktober 1927

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Wien
(Vorstand: Prof. Dr. L. Arzt)

Über eine geschwulstähnliche Bildung der Elastika

Von

Dr. Georg Schallinger in Brünn

Mit 2 Abbildungen im Text

In einer zusammenfassenden Arbeit zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut hat seinerzeit Arzt die Veränderungen der Elastika der Haut in vier Gruppen eingeteilt: 1. senile Veränderungen, 2. kolloide Degeneration im Narbengewebe, 3. das Kolloidmilium und 4. das Pseudoxanthoma elasticum. In einer 5. Gruppe werden die Veränderungen des elastischen Gewebes bei anderen Erkrankungen von ihm zusammengefaßt.

Bei der Besprechung der sogenannten Pseudoxanthoma elasticum Darier wird des öfteren Vorkommens von geradezu geschwulstartigen Bildungen des elastischen Gewebes Erwähnung getan, die unter der Annahme einer echten Geschwulstbildung als Elastome (Juliusberg) bezeichnet wurden. Unter kritischer Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und zweier hierher gehöriger eigenen Fälle kommt Arzt zu der Ansicht, daß beim sogenannten Pseudoxanthoma elasticum sowie den ihm nahestehenden Elastomen manche Fälle mit einer gewissen Berechtigung im Sinne E. Albrechts als Hamartome bezeichnet werden könnten, wobei aber stets gleichzeitig auf den Übergang zur Hyperplasie und die unscharfe Trennung der hier eingereihten Prozesse hinzuweisen sei.

Ohne im folgenden zu der umstrittenen Frage, ob eine geschwulstartige Fehlbildung, ein Hamartom im Sinne E. Albrechts oder eine einfache Hyperplasie des elastischen Gewebes vorliege, näher Stellung zu nehmen, soll in Kürze über einen Fall berichtet werden, der gleichfalls eine jener seltenen, ganz eigenartigen, tumorähnlichen Wucherungen der Elastika feststellen ließ.

I. K., 45 Jahre. Beginn des gegenwärtigen Leidens vor 10 Jahren. Seither trotz mannigfacher Behandlung teilweises Fortschreiten der Erkrankung.

St. pr.: An der Haut der mittleren Brustgegend, an der Ulnarseite des unteren Drittels des rechten Vorderarmes, besonders aber ausgeprägt an der rechten Glutäalgegend, übergreifend auf Perineum, Hodensack, Oberschenkel finden sich Krankheitsherde von blauroter Farbe mit derbem, vielfach unregelmäßig von Fisteln durchsetztem Infiltrat, das zum Teil, so namentlich in der Gegend von Perineum und Nates, exulzeriert ist. Die ziemlich scharf begrenzten Ulzerationen zeigen an der Basis unregelmäßige, schlappe Granulationen. Andere Herde, so z. B. im Bereiche des behaarten Kopfes, der linken Retroaurikulargegend, der Nackenhaargrenze weisen zum Teil Ver-

Digitized by Google

narbung mit blauroten, keloidartigen, querverlaufenden Wülsten auf. WR, MR, Luetin- und Tuberkulinreaktion negativ. Der Ausstrich von Fisteleiter ergab grampositive Stäbchen und Kokken. Interner Befund o. B. Der Röntgenbefund am Skelett ließ keine besonderen Veränderungen erkennen. Die Biopsie aus dem rechten Nates ergab ein diffuses Infiltrat mit reichlich Plasmazellen, Lymphozyten, Epitheloid- und Riesenzellen, das von Rundzellen durchsetzt war. Ohne weiter auf das kurz geschilderte, diagnostisch nicht näher zu klärende Krankheitsbild einzugehen, das auch durch verschiedene therapeutische Maßnahmen wie Jodkali, Neosalvarsan, Radiumbestrahlung nicht beeinflußbar war, sei auf einen uns an dieser Stelle hauptsächlich interessierenden Nebenbefund verwiesen. In einer längsovalen, narbig veränderten Partie der rechten unteren Kreuz- und Rückengegend von mehr als Handtellergröße fanden sich ganz eigenartige, erbsen- bis bohnengroße, flach erhabene, mäßig weiche Einlagerungen von Ockerfarbe mit glatter Oberfläche, klinisch zunächst am ehesten von xanthomähnlichem Aussehen.

Die Biopsie (H. P. 5882, Hämalaun-Eosin, Resorzin-Fuchsin auf Elastika) aus einer dieser gelben papulösen Effloreszenzen ergab folgendes Bild: In der Umgebung des Krankheitsherdes die Hornschichte etwas verschmälert, normale Verhornung mit Parakeratose wechselnd. Das Epithel verschmälert und fast geradlinig gegen die Kutis abgesetzt, die Papillen fast vollständig fehlend. In der Kutis, deren Bindegewebsfasern

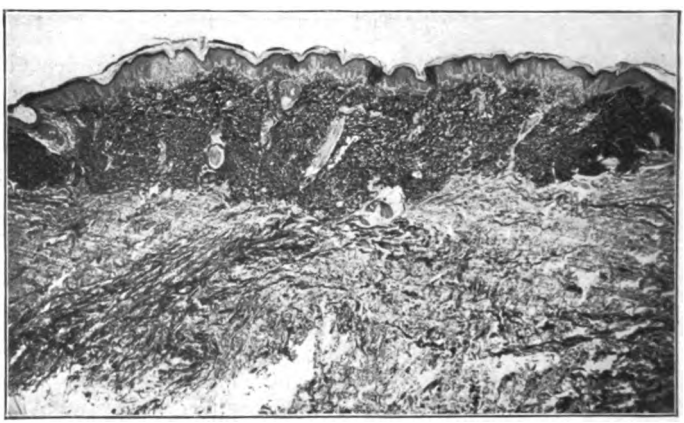


Abb. 1. Ballung der Elastika, hauptsächlich in den beiden Eckpfeilern des Knötchens

etwas gequollen erscheinen, findet sich verschieden reichlich, am dichtesten um die mäßig erweiterten Kapillaren angeordnet, hauptsächlich im Papillarkörper ein banales Infiltrat, aus Rund- und gewucherten Bindegewebszellen bestehend. Der Übergang zum Krankheitsherd ist sowohl in der Epidermis als auch in der Kutis ein plötzlicher, in der Epidermis dadurch in Erscheinung tretend, daß im Gegensatz zur Nachbarschaft auf einmal Akanthose mit steiler Pappillenbildung einsetzt, wobei noch das Auftreten von vakuolisierten Zellen mit sehr dunklem Kern bemerkbar ist. In der Kutis tritt ein Gewebe auf, das sich schon bei Hämalaun-Eosinfärbung durch seinen bläulichen Farbenton von normalem Bindegewebe unterscheidet, wie es auch schon seinerzeit Arzt in seiner oben zitierten Arbeit hervorgehoben hat, und das beim Vergleich mit den spezifisch auf Elastika gefärbten Präparaten als elastisches Gewebe agnoszierbar ist. Die mit Resorzin-Fuchsin nach Prantner auf Elastika gefärbten Schnitte zeigen ein besonders charakteristisches Bild. Schon bei schwacher Vergrößerung sieht man in einem zentralen Teil des Präparates, entsprechend den oberen und mittleren Kutisschichten einen Herd, der sich von dem übrigen Gewebe ziemlich scharf nach der Seite und unten abgrenzt, und zwar dadurch, daß er viel dunkler tingiert erscheint. Nach unten hin schneidet er in einer geraden Linie flach ab, nach oben hin ist er plateauartig erhaben. Diese ganze Partie erweist sich bei mikroskopischer Betrachtung in der Hauptmasse als aus verändertem elastischem Gewebe aufgebaut. In der Umgebung dieses, auch bei starker Vergrößerung nach der Seite wie nach unten ziemlich scharf gegen die übrige Kutis abgesetzten Herdes ist das elastische Gewebe stark rarefiziert. Die übrig gebliebenen

Digitized by Google

Teile der Elastika zeigen oft die Erscheinungen der Elastoklasis und Elastorrhexis. Das subpapilläre Netz ist an den Stellen mit fehlender Papillenbildung ebenfalls geschwunden. Der Krankheitsherd selbst ist an den beiden Seitenpartien durch zwei mächtige Haufen, gebildet aus elastischen Fasern, begrenzt. Während die einzelnen Fasern bei schwacher Vergrößerung fast unentwirrbar sind, zeichnen sich die zentralen, von diesen beiden Arealen begrenzten Anteile des Krankheitsherdes durch einen etwas lockereren Aufbau des elastischen Gewebes aus. Bei starker Vergrößerung erkennt man die einzelnen Fasern als dicht knäuelförmig geballt, vielfach bandartig verbreitert und spiralig, korkzieherartig oder peitschenförmig gewunden. Die einzelnen Windungen sind bald sehr kurz und steil, bald lang und flach ausgezogen. An anderen Stellen finden sich Einschnürungen, Zerissenheit der Faser bis zum tropfförmigen Zerfall. Tinktoriell zeigen die Fasern gegenüber der Norm ähnlich wie zum Teil auch das kollagene Gewebe ein etwas verändertes Verhalten, indem sie sich mehr grau oder schwarzbläulich färben.

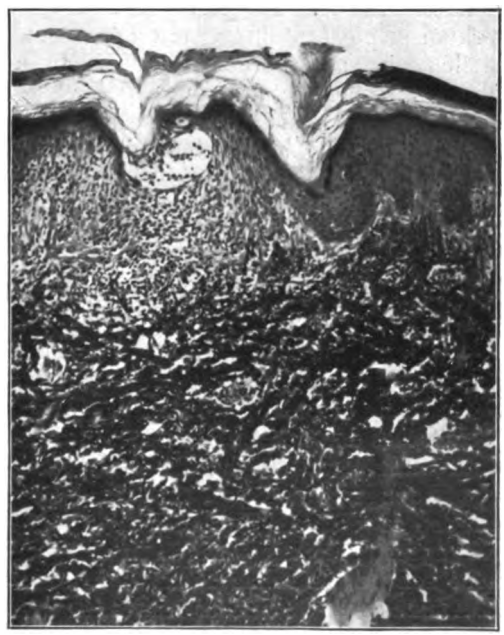


Abb. 2. Stelle aus dem mittleren Anteil von Abb. 1. Starke Vergrößerung

Aus den erwähnten histologischen Veränderungen geht hervor, daß den klinisch xanthomähnlichen Gebilden eine als tumorähnliche Wucherung imponierende Anhäufung der Elastika zugrunde liegt, wahrscheinlich auf Basis des nicht näher definierbaren chronischen Entzündungsprozesses, der teilweise zu narbiger Umwandlung der ergriffenen Hautpartien führte.

Wie bereits erwähnt, schien zunächst zumindest klinisch die Affektion am ehesten xanthomatösen Bildungen zu ähneln, wie sie u. a. bei einer Frau von Urbach beschrieben wurden. Derselbe beobachtete bei seiner Patientin in Narben nach tuberoulzeröser Syphilis, wobei sich normaler Blutcholesterinspiegel ergab, gelbliche, in Herdform angeordnete Einlagerungen. Dieses Krankheitsbild wurde damals von Urbach als degenerativ entzündliche Cholesterosis der Haut im Sinne von Aschoff-Siemens gedeutet. Denn histologisch zeigten sich im Falle Urbachs die für xanthomatöse Prozesse sprechenden Schaum- oder Wabenzellen mit den charakteristisch doppelbrechenden und im Sudanpräparat sich braunrötlich färbenden Substanzen der Cholesterin-Fettsäureester.

Die durchgeführte histologische Untersuchung deckt jedoch in unserem Falle einen ganz anderen Prozeß auf, der auf eigenartige Veränderungen des elastischen Gewebes zurückgeführt werden mußte. Zur Klärung dieses histologischen Befundes können zwei Krankheitsbilder herangezogen werden: Einerseits das Kolloidmilium, andererseits das Pseudoxanthoma elasticum Darier, resp. das Elastom (Juliusberg). Das Kolloid-

Digitized by Google

milium in Narben nach Einschmelzungs- und Entzündungsprozessen als hellgelbliche, besser elfenbeinartige Flecken und knötchenartige Herde von wechselnder Größe auftretend, und zwar meist an unbedeckten Körperpartien, zeigt im geweblichen Aufbau neben hochgradigen Veränderungen am elastischen Gewebe auch solche in der kollagenen Substanz; dabei wird betont, daß die Degeneration einen kolloid-, vielleicht besser gesagt, pseudokolloidartigen Charakter aufweist. Beim Pseudoxanthoma elasticum DARIER, welches identisch mit dem Elastom (JULIUSBERG) ist, dürfte es sich um Hamartome handeln, bei welchen die Zunahme des elastischen Gewebes derart im Vordergrunde steht, daß von JULIUSBERG für die Auffassung der Gebilde als der echter Neubildungen eingetreten wurde. Die Reichlichkeit des elastischen Gewebes und seine zirkumskripte Anordnung mit mächtiger Verdickung desselben, allerdings stellenweise auch bröckeligem Zerfall und Segmentierung, begleitet von einer weitgehenden Verdrängung der bindegewebigen Grundsubstanz dürfte dafür sprechen, unsere Beobachtung in die Gruppe der Pseudoxanthome zu zählen. Wie aber schon eingangs erwähnt, soll zur Frage, ob echte Geschwulst, in keiner Weise Stellung genommen werden.

Dem seinerzeit von ARZT vertretenen Standpunkt entsprechend, beim Pseudoxanthom zwei Gruppen zu unterscheiden: a) Solche mit strukturellen und degenerativen Veränderungen am elastischen Gewebe, und b) solche, bei denen ein degenerativer Prozeß mehr weniger fehlt, würde dieser Fall in die erste Gruppe zu zählen sein.

Über die Pathogenese der ganz eigenartigen Bildung können nur Vermutungen geäußert werden. So wäre vielleicht der Gedanke, wenn eine Fehlbildung abgelehnt wird, zu erwägen, daß das elastische Gewebe rein mechanisch durch Retraktionserscheinungen aus der entzündlich veränderten Umgebung derartige einzelne Herde bilden könnte. Wieweit vielleicht auch Neubildungsvorgänge im elastischen Gewebe dabei noch mitwirken, kann aus den geweblichen Veränderungen nicht erschlossen werden. Eine andere Klärungsmöglichkeit wäre die, daß es sich tatsächlich um eine umschriebene kongenitale Anlageanomalie handelt, also um ein Hamartom im Sinne E. ALBRECHTS. Ob bei der Auslösung dieses durch Jahre hindurch latenten pathologischen Zustandes die vorliegende chronische Entzündung ursächlich eine Rolle spielen könnte, entzieht sich gleichfalls jeder Beurteilung.

Als Ergebnis der klinischen, vor allem aber der histologischen Untersuchung ergibt sich im mitgeteilten Fall die Feststellung eines chronisch-entzündlichen Krankheitsprozesses unbekannter Natur. Bei der Ausheilung desselben kam es in narbig-atrophischen Hautpartien zur Bildung ockergelber, umschriebener Knoten und Knötchen, die klinisch zunächst als Xanthome imponierten. Bei der histologischen Untersuchung erwiesen sich diese Bildungen nur aus elastischem Gewebe aufgebaut, das teilweise Zeichen degenerativer Veränderungen erkennen ließ. Trotz der auf Grund klinischer und vor allem histologischer Untersuchung sich ergebenden Zugehörigkeit des Falles zur Gruppe der Pseudoxanthome DARIER oder Elastome (JULIUSBERG) kann auch die erwähnte Beobachtung eine Klärung der Pathogenese dieser Veränderungen nicht bringen.

Digitized by Google

Aus dem Physio-therapeutischen Institut Rostow am Don

Über die Recklinghausensche Krankheit[1])

Von

Alexander Dombrowsky

Mit 6 Abbildungen im Text

Es gibt viel des Unklaren nicht nur in der Ätiologie und Pathogenese, sondern auch im klinischen Bilde der Recklinghausenschen Krankheit. So werden zum Beispiel von einigen Autoren ganz verschiedene klinische Erscheinungen selbständiger Natur ihr zugerechnet, während von anderen wiederum einzelne bloße Merkmale derselben als selbständige nosologische Einheit aufgefaßt werden.

Jedenfalls müssen wir aber folgende klinische Zeichen als die Hauptsymptome dieser Krankheit bezeichnen: 1. multiple Geschwülste der Haut, 2. Pigmentflecken, 3. Abschwächung des Intellektes.

Diesen wird von einigen Autoren (Adrian, Tichow u. a.) noch ein viertes Symptom zugesellt: Geschwülste im Bereich der Nervenstämme. Dieses Zeichen aber ist unbeständig und selten. Was das dritte Symptom betrifft, so wird gelegentlich behauptet, daß die psychischen Defekte kein unbedingtes und beständiges Symptom seien (Roederer, Brinitzer u. a.).

Nach diesen Hauptsymptomen gibt es Symptome zweiter Ordnung: allgemeine Kachexie (Saalmann); Veränderungen der Knochen: Aufblähung der Röhrenknochen, Differenz in der Extremitätenlänge (Brooks, Lehmann), Verkrümmungen der Wirbelsäule (M. Joseph, Simon u. a.); Störungen der Drüsenfunktion der inneren Sekretion: Akromegalie (Barber, Fischer), Eosinophilie (Bettmann), Lymphozytose (Portmann); eine Reihe Veränderungen von seiten der Augen (Fischer, Suchoff u. a.) und endlich folgende Symptome dritter Ordnung: Hämangiome, Lymphangiome, Lipome, Cutis laxa und eine ganze Reihe anderer Degenerationserscheinungen (Bogrow, Salustri).

Es ist selbstverständlich, daß in jedem einzelnen Falle dieses oder jenes Symptom ganz fehlen oder in verschiedenem Grade ausgesprochen sein kann: die sog. abortive Form des Morbus Recklinghauseni (Tischnenko).

Unsere Fälle:

I. Frl. A. S., 23 Jahre alt, Arbeiterin einer Lithotypographie. Die Neubildungen existieren am Körper seit der Kindheit und vergrößern sich mit dem Alter. Sie hat einen Flecktyphus durchgemacht.

Der Vater, Potator, starb im 50. Lebensalter an einer Lungenentzündung; er hatte ebensolche Neubildungen der Haut. Die Mutter gesund, hatte 12 Kinder, von

[1]) Vortrag auf der Sitzung der Dermatologisch-venerologischen Gesellschaft an der Nord-kaukasischen Universität, am 20. III. 1927. Vorsitzender Professor P. Nikolsky.

Digitized by Google

denen nur vier am Leben geblieben sind, die übrigen starben im frühen Kindesalter. Von den vier jetzt Erwachsenen haben drei (zwei Schwestern und ein Bruder) gleiche Hautveränderungen. Die dritte Schwester soll frei von diesen Hautveränderungen sein.

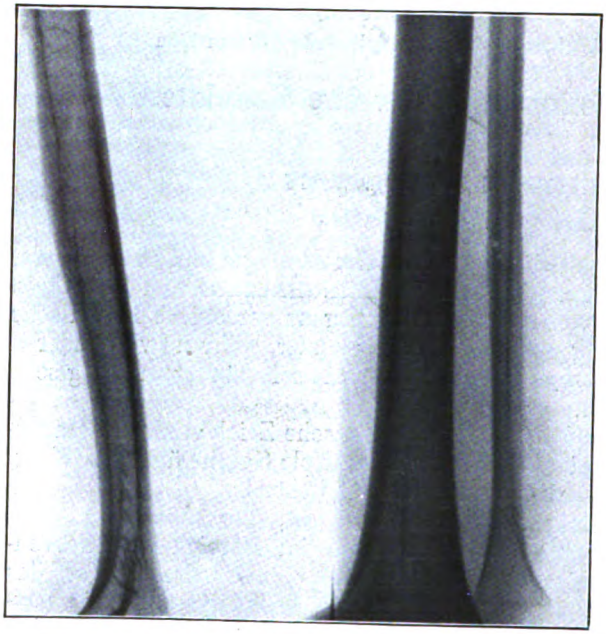


Abb. 1

St. pr. Die Kranke mittelgroß, schwächlich. Haut gelblich, an den nicht befallenen Stellen glatt. Schweißabsonderung mäßig. Haar dunkelblond, mitteldicht, lang. Dermographismus schwach rosa, schnell verschwindend. Röntgenuntersuchung der Schädelknochen ohne Veränderung. Bei Zahnuntersuchung eine Einkerbung am ersten oberen Schneidezahn. Hände und Füße verlängert. Brustkorb abgeflacht. Oberarmknochen am Röntgenbilde aufgebläht und zeigen periostale Veränderungen: Kortikalschicht beider Schienbeine verdickt (Abb. 1). Muskelerregbarkeit leicht gesteigert. Die Muskelkraft nach dem Dynamometer: r. 30, l. 25. Etwas vergrößerte Hals- und Achseldrüsen. Schilddrüse nicht palpabel. Hypoplasie der Brustdrüsen. Herzgrenzen normal; Herztöne etwas dumpf. Puls 100. Blutdruck R.R. 118/65. Temperatur 36,6° C. Verschärftes Exspirium an der linken Lungenspitze, röntgenoskopisch ein Schatten an derselben. Hilusschatten stark erweitert; deutliche Pulsierung des Arcus und der Pars descendens aortae. Aortitis.

Abb. 2

Schleimhäute blaß, Appetit herabgesetzt, Stuhlgang normal. Konjunktival- und Kornealreflex abs., Rachenreflex normal. Sehnenreflexe gesteigert. Bauchreflexe abs., Fußsohlenreflexe lebhaft. Romberg und Babinski abs. Leichter Augenlidtremor. Beim Beklopfen der Wirbelsäule Schmerzhaftigkeit von 1 D.—9 D. Eindrucksaufnahme träg. Ist zu trüben Depressionszuständen geneigt; froh und lebenslustig ist sie sehr selten. Menses vom 12. Lebensjahr, anfangs sehr schmerzhaft, jetzt schmerzlos in normalen Intervallen. Urin normal. Blutbild: Hb 82%, Erythrozyten 4350000, Leukozyten 6500, Eosinophile 3%, St. 2%, Sg. 46%, Lymphozyten 42%, Monozyten 7%, WR —. Im Blute K. 16,4 mg-%, Ca 15 mg-%, Blutzucker 55 mg-%, Chloride 0,596.

Digitized by Google

Die Hautveränderungen stellen vor:

1. Neubildungen verschiedener Größe: von etwa kaum merkbaren Hauterhebungen bis zu Walnußgröße, von weicher, teigiger Konsistenz, die bald am breiten, bald an lang ausgezogenem Stiele sitzen, von normaler Hautfarbe oder bläulich, grau oder endlich dunkelbraun, schmerzlos.

2. Pigmentflecken von Mohnkorn- bis Fliederblattgröße, oval, von der Farbe von Milchkaffee. Ab und zu entsprechen sie den Flecken vom Nervenverlaufe. Unter dem rechten Auge ein Naevus vasculosus, am Kinn und an der rechten Backe zwei Naevi pilosi. Rückenhaut am reichlichsten mit den beschriebenen Neubildungen bedeckt (Abb. 2)

Vorn und außen am oberen Drittel des rechten Oberarmes eine kindshandgroße Hautstelle, weich, mit festen Strängen im Inneren, sich über die übrige Haut vorwölbend (Rankenneurom), die Konsistenz ist schleimartig, die Farbe bläulich, die Sensibilität hier etwas herabgesetzt. Die Temperatur 34,5° C, während an der umgebenden normalen Haut 32,6° C.

II. N. S., 13jähr. Schwester der oben beschriebenen Patientin.

Rechtzeitig geboren mit einer Geschwulst an der rechten Backe. Wegen dieser Geschwulst wurde sie vor 7 Jahren operiert. Abb. 3 zeigt unsere Kranke vor dieser Operation. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Lymphangiom.

Abb. 3

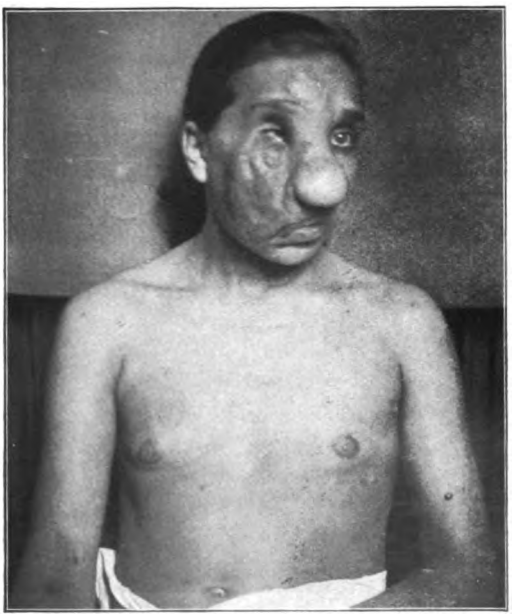


Abb. 4

St. pr. Mittelgroß, von herabgesetzter Ernährung. Hautfarbe gelblich. Hände warm, etwas zyanotisch. Haar dunkelblond, lang, mitteldicht. Behaarung an Mons pubis und Achselhöhlen fehlt. Hellroter, flacher Dermographismus an der Brust. Gefäßreflexe an den übrigen Stellen normal. Unbedeutende Hyperalgesie an der ganzen Körperhaut. Kitzelgefühl herabgesetzt.

Schädel assymetrisch. Das rechte Jochbein und der obere Rand der Orbita ragen vor und haben eine unebene, höckrige Oberfläche. Die unteren Schneidezähne sitzen unrichtig in schiefer Richtung von unten rechts nach oben links. Die Zähne des Oberkiefers sitzen ebenso anormal; einige sind um ihre Achse gedreht. An dem Röntgenbilde des Schädels fehlt am Unterkiefer die embryonale Anlage der Weisheitszähne und am Oberkiefer wie an der Stirn entsprechend der unten beschriebenen Geschwulst, fehlt das mehr harte Gewebe, welches die Röntgenstrahlen aufhielt. Unbedeutende Vertiefung der Sella turcica. Die oberen Extremitäten bedeutend verlängert. Am Röntgenbilde des linken Humerus ist eine unbedeutende Knochenaufblähung, Periostitis, und am Bilde des rechten Unterschenkelknochens eine Verdickung der kompakten Schicht. Rechtsseitige Skoliose im Lendenteil. Muskelentwicklung schwach. Puls 90. Herzgrenzen normal; Herztöne dumpf. Blut-

Digitized by Google

druck: R.R. r. 125/53, l. 105/52. Bei der Röntgenoskopie Schatten an beiden Lungenspitzen, beim Husten schwache Aufhellung. Die Hilusschatten erweitert und verästelt. Rechts multiple infiltrierte, verkalkte Herdchen, erbsengroß und kleiner, teilweise miteinander verschmelzend. Hier gibt es am Hilus, am Niveau der vierten Rippe, etwas vorn, eine Aufhellung des Lungengewebes, ringförmig mit infitrierten Rändern (Kaverne). Links im mittleren Lungenabschnitt eine kleine Zahl infiltrierter Herdchen. Der Aortenschatten diffus erweitert. Deutliche Pulsierung des Arcus aortae.

Die Zunge links ist verdickt, doppelt so stark als die rechte Zungenhälfte. Die Schleimhaut des harten Gaumens ist fest, verdickt, uneben, faltig, besonders stark an der rechten Seite ausgesprochen. Die entsprechende Stelle der rechten Backenschleimhaut ist ebenso verdickt, uneben, gefaltet, aber weich.

Die Pupillenreflexe auf Licht und Akkomodation normal. Die Sehnenreflexe der oberen Extremität normal, Knie und Achillesreflexe lebhaft. Hautreflexe: Obere und untere Bauchreflexe lebhaft. Das rechte Auge sitzt sehr tief. Intellektentwicklung normal, kein Interesse für die Umgebung; keine Freundinnen.

Verrichtet unkomplizierte Hausarbeiten. Verträgt sich gut

Abb. 5

Abb. 6

mit den Umgebenden. Menses abs. Urin normal. Blutbild: Hb 82%, Erythrozyten 4940000. Leukozyten 6500, Eosinophile 7%, St. 2%, Sg. 56%, Lymphozyten 32%, Monozyten 3%. WR —. Im Blute: K 13.3 mg-%, Ca 14 mg-%.

Die Körper- und Extremitätenhaut ist mit Neubildungen bedeckt, nach Größe und Zahl bedeutend kleiner als bei der ersten Kranken. Die größte von ihnen ist etwa bohnengroß. Sie sind weich, schmerzlos, verschiedenfarbig: normal bis braun.

Auch bei dieser Kranken sind die größten Pigmentflecken an der rechten Seite und Oberschenkel. Gesicht assymetrisch. Die Nase ragt vor als wurstartig herabhängende Neubildung von der Größe einer großen Gurke.

Diese Geschwulst beginnt etwas rechts an der Stirn, zieht zwischen den Augenbrauen nach unten, geht auf die Nase über in der Richtung nach links und endigt mit einer keulenartigen Erweiterung. Am Anfange dieser Geschwulst an der Stirn hat die Haut eine bläuliche Farbe, ist uneben und wird beim Übergang auf die Nase glatt von normaler Hautfarbe, weite Drüsenöffnungen, einzelne Kamedonen. Die Stirnneubildung weicher Konsistenz und wird auf der Nase etwas derber. Rechts ist die Backenhaut faltig, erhaben, dicht pigmentiert, hängt etwas herunter (Cutis laxa). Diese Erhabenheit fühlt sich weicher an als die Geschwulst auf der Nase, mit welcher sie verschmilzt, und es lassen sich in ihr derbe Stränge durch-

Digitized by Google

fühlen. Die Geschwulst nimmt fast die ganze rechte Backe ein, beginnend am unteren Augenlid und etwas unter die Mundöffnung herabsteigend.

Die rechte Augenhöhle ist anormal. Auch auf dieser Backe etwas rechts auf der normalen Haut ein isoliertes, weiches Fibrom. Die histologische Untersuchung einer Geschwulst (Dr. KOSCHEWNIKOW) ergab folgendes Bild: Scharf gefaltetes Epithel infolge einer Furchenvertiefung der Hautrhombenfelder, überall stark verdünnt. Die Harnschicht dünn, die Körnerschicht gut ausgeprägt (besteht aus 1 bis 2 Zellschichten). Die Zellen des Str. Malpighi sind normal. Die Papillen sind abgeflacht und fehlen stellenweise ganz. In der Papillar- und Unterpapillarschicht mäßige Infiltration um die Gefäße. In den tiefen Kutisschichten eine Geschwulst, scharf abgegrenzt vom gesunden Gewebe; sie besteht aus ziemlich polymorphen, im allgemeinen spindelförmigen Zellen, die sich in Form von Bündeln nach allen Richtungen miteinander verflechten. Die Interzellularräume sind überall erweitert. Das Gefäßendothel ist verdickt. Nervenstämme sind hier nicht zu sehen. Die Muskelelemente sind sogar stellenweise hyperplasiert. Elastisches Gewebe ist in Form von einzelnen, zerrissenen Stückchen dargestellt, aber außerhalb der Geschwulst normal.

RECKLINGHAUSEN hat zuerst nachgewiesen, daß der Grund dieser Krankheit in der Wucherung des Endo- und Perineuriums liegt. Mit vollkommener Sicherheit haben in der letzten Zeit VEROCAY, KYRLE, BETTMANN, HOFFMANN nachgewiesen, daß die Geschwülste beim M. Recklinghauseni aus dem Nervengewebe entstehen.

Wenn wir die Resultate unserer Untersuchungen der beiden Kranken analysieren, so sehen wir, daß bei ihnen ein vererbter Alkoholismus besteht und daß ihnen folgende Symptome gemeinsam sind: mehrfache Geschwülste (weniger generalisiert bei der jüngsten), Pigmentflecken Lungentuberkulose, Aufblähung der Röhrenknochen, Periostveränderungen in den Oberarmknochen, stellenweise Verdickung der Knochenkortikalschicht, Aortenerweiterung, pathologische Veränderungen des Stoffwechsels, Herabsetzung des Intellektes. Außerdem ist bei der älteren eine Lymphozytose und eine Hypoplasie der Schilddrüse zu finden; Rankenneurome an der Oberarmhaut.

Bei der jüngsten Schwester eine Dystrophie der Zähne, Verlängerung der oberen Extremität, Eosinophilie, eine Versenkung des rechten Auges, Skoliose, Lymphangiome, Cutis laxa, Hyperästhesie, Veränderung der Schleimhaut des harten Gaumens und der Backe.

Wir haben einen Komplex von Haut- und allgemeinen Symptomen vor uns, die von schweren Störungen im Organismus der Kranken sprechen.

Die Vererbung spielt eine wesentliche Rolle bei dieser Krankheit (TICHOW, TIMOFEEW, HARBITJ u. a.), und der Fall FILIMONOW, wo die Neurofibromatosis sich nach einer starken Abkühlung entwickelte, wie auch der Fall GOTH, wo die Neurofibromatosis sich während der Schwangerschaft nach einer Nervenerschütterung entwickelte, alles das kann so erklärt werden, daß bei diesen Kranken im latenten Zustande die Konstitution und Vererbungsanlage vorhanden war, die unter dem Einflusse dieser oder anderer Faktoren zur Entwicklung der Krankheit führten.

Wir sind nicht geneigt, eine kausale Abhängigkeit dieser Krankheit von den Störungen im endokrinen System zu sehen, weil es Fälle gibt, bei welchen diese Störungen erst später sich entwickeln. Ebenso ist es andererseits unmöglich, die Störungen im endokrinen System mit der Neurofibromatosis in Zusammenhang zu bringen.

Digitized by Google

Wie SZONDI und KENEDY stellen wir uns vor, daß ebenso wie bei der Neurofibromatosis, die sich aus dem Nervengewebe ektodermaler Herkunft entwickelte, bei der Disendokrinie, wo die teilnehmenden Drüsen der inneren Sekretion sich ebenfalls aus demselben Keimblatte entwickeln, die Störungen nicht voneinander, sondern von irgend einem dritten Faktor abhängig sind.

Nach der Meinung der Mehrheit spielt die Rolle dieses Faktors die fehlerhafte Entwicklung des für beide Systeme gemeinsamen ektodermalen Keimblattes.

Bei unseren Kranken trägt die Krankheit einen familiären und vererblichen Charakter. Der Vater war Alkoholiker, beide Schwestern sind tuberkulös, und Narben an den Unterschenkeln bei der einen, Veränderungen des Gefäßsystems (Aortitis) und der Knochen sind Verdachtsmomente für Syphilis.

Wir müssen annehmen, daß in unseren Fällen, wie überhaupt Alkoholismus, Tuberkulose und mit Wahrscheinlichkeit Lues, zweifellos eine wichtige Rolle in der fehlerhaften Entwicklung des ektodermalen Keimblattes und damit auch gleichzeitig in der Ätiologie und Pathogenese des Morb. Recklinghauseni spielen.

Literatur

1. EHRMANN, Arch. f. Derm., Nr. 129 u. 145. — 2. SZONDI u. KENEDY, Arch. f. Derm., Nr. 148. — 3. NIKOLSKY, P., Hautkrankheiten, 1918. — POZARISKI, J., Grundlage d. Pathol. Anatomie, 1916, Bd. 2. — 5. TISCHNENKO, A., R. W. D., 1926, Bd. 3. — 6. FILIMONOW, M. m. W., 1924, Nr. 1. — 7. IWANOW, W., R. W. D., 1924, Nr. 1.

Aus dem Kiewer klinischen Institut zur Ausbildung von Ärzten und dem Kiewer venerologischen Bezirksdispensatorium (Leiter: Prof. A. LOURIER)

Zur Frage der Behandlung von parasitären Erkrankungen der behaarten Teile des Kopfes mit Thallium aceticum

Von

Prof. A. LOURIER und Ordinator E. ZWITKIS

Im Hinblick vornehmlich auf die von Prof. BUSCHKE und dessen Schülern veröffentlichten Arbeiten sowie auch auf die Abhandlung PETERS haben wir vom 28. Oktober 1926 an bis zum 15. April 1927 das Thallium an 500 Kranken im Alter von 6 Monaten bis zu 51 Jahren angewendet, wobei 474 dieser Pat. ambulatorisch und 26 stationär behandelt und 39 derselben einer kombinierten Thallium- und Röntgenstrahlenkur unterzogen wurden. Das in den Fabriken von Merk und von Kahlbaum verfertigte Thallium wurde unseren Pat., deren Körpergewicht in den Grenzen von 7 kg und 53,3 kg variierte, in einmaligen Gaben zu je 8 mg pro Kilogramm Körpergewicht verabreicht, was einer Minimaldosis von 0.05 und einer Maximaldosis von 0.4 gleichkommt. Die Darreichung des in einem Viertelglas gewöhnlichen oder gesüßten Wassers aufgelösten Thalliums erfolgte zwischen 3 und 5 Uhr nachmittags.

Nach ihren Erkrankungsarten lassen sich die Pat., von denen 284 männlichen und 216 weiblichen Geschlechts waren, folgendermaßen gruppieren:

252 Fälle mit Herpes tonsurans,
180 „ „ Mikrosporie,
67 „ „ Favus und
1 Fall Monilethrix (ein Mädchen[1]).

[1]) 1. VII. Fast auf dem ganzen Kopfe sind alle Haare gesund; neben dem Halse finden sich noch einige kranke Haare.

Digitized by Google

ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY
PROPERTY OF LABORATORIES
NOT TO BE REMOVED

Aus nachstehender Tabelle ist ersichtlich, daß das Thallium hauptsächlich bei Personen, die bis zu 18 Jahre alt waren, Anwendung fand, und daß unter diesen wiederum die überwiegende Mehrzahl Kinder, nämlich 307 von 500, im Alter von 2—8 Jahren waren, was 61,4% der Gesamtheit ausmacht und sodann 149, d. i. 28% 8—14jähr. Kinder.

Alter	Lebensalter										
	6 Mon. bis 1 Jahr	2—3 Jahre	4—5 Jahre	6—7 Jahre	8—9 Jahre	10—11 Jahre	12—13 Jahre	14—15 Jahre	16—17 Jahre	18—51 Jahre	
Zahl der Kranken	10	91	124	92	53	63	33	12	5	17	Im ganzen 500 Kranke

Der Haarausfall begann in der Mehrzahl der Fälle am 6.—7. Tage und war am 18.—23. Tage schon abgeschlossen. In 27 Fällen, d. i. in 6%, war mangelhafter Haarausfall zu verzeichnen; es hatten sich nämlich viele Haare gespaltet. Das Haar eines 11jähr., 32,5 kg wiegenden Knaben, der 0,26 g Thallium erhalten hatte, fiel nicht aus, sondern wurde bloß partiell undichter. Am 5. Tage nach der Thalliumeinnahme stellte sich bei ihm Erbrechen ein. 6 Wochen darauf wurde dem Jungen das gleiche Quantum von Thallium eingegeben, aber auch dieses Mal resultatlos, nur wurde das Haar wieder undichter; Nebenwirkungen blieben aus. Es gibt also anscheinend Fälle, die gegen das Thallium resistent sind. Hierauf wird auch von anderen Autoren hingewiesen. Bei den meisten Pat. fiel das Haupthaar restlos aus; bloß bei sehr wenigen Kranken verblieb an der Grenze der Frontal- und Okzipitalregion ein schmaler Saum von lose sitzenden Haaren, die sich manuell leicht und völlig schmerzlos ausziehen ließen.

Bei Pat. Bor., einem 16jähr. Mädchen, dem bei 50 kg Körpergewicht 0,4 g Thallium gereicht worden war, kam es zu komplettem Ausfall des Haares, nicht nur am Kopfe, sondern auch an allen übrigen behaarten Körperteilen, wie z. B. der Achselhaare und der Behaarung des Mons veneris; auch die Augenbrauen an der äußeren Seite konnten, ohne daß dadurch Schmerzen verursacht wurden, entfernt werden.

Eine ebensolche Erscheinung trat bei dem 16jähr. Mädchen S. M. zutage, das eine kombinierte Behandlung von Thallium und Röntgenstrahlen durchmachte, unter Applikation von 0,33 g Thallium, d. h. $^3/_4$ der ihr zukommenden Portion, und von $^1/_4$ der Röntgenstrahlendosis. Hier fielen gleichfalls alle Haare aus, und zwar auch an den Stellen, die der Wirkung der Röntgenstrahlen nicht ausgesetzt worden waren, und blieb z. B. von den Augenbrauen keine Spur übrig. Desgleichen trat bei der Pat. Emd., 18 Jahre alt, bei Haaraffektion mit Monilethrix nach Einnahme von 0,35 g Thallium Haarausfall nicht nur am Kopfe, sondern auch in den Achselhöhlen und an den äußeren Flächen der Augenbrauen ein. In 41 Fällen war die Haareinbuße vollkommen, nicht einmal Wollhaare blieben nach. Nie haben wir derartige Alopezien infolge von Röntgenstrahlentherapie gesehen, und wir können der Anschauung Kleinmanns nur beipflichten, daß das Thallium ein vorzügliches Depilatorium darstellt. Hervorzuheben wäre noch, daß nach dem Gebrauch des Thalliums die Epilation sich viel leichter ausführen läßt als nach der Anwendung von Röntgenstrahlen. Die Alopezie ist bei den meisten Pat. nach dem Thallium durchaus gut; hierüber stimmt die Mehrzahl der Autoren überein (Buschke, Peiser, Cicero, Kleinmann, Jordan u. a.). Der unbefriedigende Haarausfall bei den Pat. Landesmanns und Mgebroffs läßt sich wohl durch das ungenügende Quantum des applizierten Thalliums erklären: nur 10 Kranke von 53 erhielten Thalliumgaben à 0,008 g pro 1 kg Körpergewicht, während den übrigen bloß je 0,006—0,007 g verabreicht wurde.

Das Wiederwachsen des Haares beginnt in der 6.—7. Woche nach der Aufnahme des Thalliums, in Ausnahmefällen schon nach einem Monat. 12—13 Wochen nach dem Thalliumgebrauch ist der ganze Kopf bereits wieder mit Haaren, meistenteils freilich mit undichten, bedeckt. Nachdem ein solcher Zustand weitere 3—4 Wochen persistiert hat, fangen die Haare an, rasch zu wachsen und nach 17—18 Wochen nehmen sie ihren normalen Aspekt, was Farbe und Dichte anbelangt, an. Interessanterweise wachsen an den kranken Hautabschnitten die Haare zuletzt nach. In 3 Fällen zeigte sich inselförmiger Haarwuchs: über den ganzen Kopf fanden sich verstreut einzelne Büschel recht

Digitized by Google

langer Haare zu je 15—18 Stück zwischen völlig kahlen Stellen gesunder Haut, die vor der Kur nicht affiziert gewesen waren; in der Folgezeit bedeckten sich diese Stellen mit Haarwuchs. In 9 Fällen blieben längere Zeit unbewachsene Streifen zurück, die von einer Schläfe zur anderen über die Okzipitalregion sich hinzogen. Häufig begann der neue Haarwuchs vom Scheitel aus. Frühzeitiger Nachwuchs des Haares erfolgte in den Fällen, wo die Haare nach dem Thalliumgebrauch sich gespaltet hatten; dies fand vornehmlich bei den Pat. statt, welche vorher einer Therapie von Röntgenstrahlen unterzogen worden waren.

Den Gedanken an einen eventuellen frühzeitigen Haarnachwuchs sollte man bei der nachfolgenden Kur immer im Auge behalten. Diese letztere darf nicht in die Länge gezogen werden. Die Epilation und Reinigung des Kopfes muß nicht später als 3 bis 4 Wochen nach der Einnahme des Thalliums abgeschlossen werden.

Komplikationen waren sowohl leichter als auch schwerer Natur, die häufigste Schmerzen in den Beinen. Solche beobachteten wir 130mal, d. i. in 25% der Fälle. 9 Pat. hatten außer Schmerzen in den Beinen noch Schmerzen in den Armen, der Brust, der Schulterblatt- und Kreuzgegend. Die Schmerzen fingen meist am 3.—6. Tage an, in einzelnen Fällen erst am 11. Tage und sehr selten nach 3 Wochen und dauerten 4—7 Tage. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle vergingen die Schmerzen bald, ohne viel Belästigung verursacht zu haben. Sie lokalisierten sich hauptsächlich im Kniegelenk und in den Waden, ausnahmsweise auch längs dem N. ischiadicus und in den Zehen, wobei dann die Schmerzhaftigkeit sehr bedeutend war. So waren in 12 Fällen, d. i. 2,4%, die Schmerzen, die je 15—20 Tage lang dauerten und attackenförmig tags und nachts auftraten, so heftig, daß die Kinder das Bett hüten mußten und beständig schrien. Sobald aber die Schmerzen nachgelassen hatten, erholten sich die Kranken rasch und liefen beispielsweise viele Knaben bereits 3—4 Tage darauf schon wieder Schlittschuh. Äußerliche Erscheinungen ließen sich an den schmerzhaften Körperpartien nicht wahrnehmen, abgesehen von unerheblichen ödematösen Schwellungen des Kniegelenkes in einem Falle und des Fußgelenkes in einem anderen, die jedoch ohne Temperatursteigerung verliefen und unter der Einwirkung von Prießnitzumschlägen bald zurückgingen. Die hier zitierten 12 Fälle betreffen Kranke, die jenseits des 10. Lebensjahres standen; bei jüngeren Kindern — namentlich bis zu 8 Jahren — konnten wir nur selten Schmerzen in den Beinen konstatieren. Die Thalliumdosierung spielte hier anscheinend keine wesentliche Rolle, da die Schmerzen bald schon bei Einnahme von 0,3 g zur Beobachtung gelangten, bald bei Darreichung von 0,4 g fehlten.

Als zweite recht häufige Nebenwirkung des Thalliums sind Magen-Darmstörungen zu nennen, und zwar Diarrhoen, Erbrechen und Obstipationen, die bisweilen mit erhöhter Temperatur, Appetitsverlust und Abmagerung einhergingen. Durchfälle gelangten 41mal, d. h. in 8% aller Fälle, zur Beobachtung, darunter 24 Fälle, die nur den Charakter vermehrter Stuhlentleerung trugen, da Defäkation bloß bis zu dreimal am Tage erfolgte; 11 Fälle, wo dies bis zu fünfmal am Tage sich ereignete, und endlich 6 Fälle mit mehr als fünffachem täglichem Stuhlgang. Gewöhnlich setzten die Durchfälle am 2.—4. Tage nach der Verabreichung ein und dauerten 3—4 Tage; doch ließen sich auch Fälle beobachten, wo dieselben erst am 16., 20., ja selbst am 25. Tage begannen und 10—15 Tage lang anhielten. Siebenmal war der Durchfall von Erbrechen begleitet und wurde über Leibschmerzen geklagt; letztere traten jedoch mitunter auch bei normaler Magenfunktion auf. Die Diarrhoen vergingen gewöhnlich spontan ohne jegliche medikamentösen Eingriffe. Stuhlverstopfung bestand in 5 Fällen bei einer Maximaldauer von 4 Tagen. Ein 6jähr. Kranker wies nach Verabreichung von 0,15 g Temperaturerhöhung bis zu 39° im Laufe von 24 Stunden auf. Nach einem Monat funktionierte der Magen-Darmapparat bei ihm bereits normal; das Kind war nur ein wenig abgemagert und hatte zwei Pfund an Körpergewicht eingebüßt.

Den bei der Verwendung des Thalliums sich äußernden Magen-Darmerscheinungen ist noch das Auftreten von Eingeweidewürmern zuzuordnen. Im ganzen haben wir 3 solche Fälle gesehen.

Fall 1. Mädchen P. S., Körpergewicht 15 kg, erhält 0,12 g Thallium. Vom 3. Tage an Diarrhoe bis zehnmal innerhalb 24 Stunden im Laufe von 3 Tagen. Beschwerden über heftige Leibschmerzen werden laut. Appetitlosigkeit. Am 8. Tage zeigten sich nach Aussage der Mutter Würmer in der Form von „Knäueln". Täglich gingen 10—15 Stück Würmer von verschiedener Länge, bis zu 18 cm ab. Erbrechen blieb aus. Am 18. Tage waren alle diese Erscheinungen abgeklungen. Appetit und Stuhl wieder in der Norm. 0,3 kg Gewichtszunahme.

Digitized by Google

Fall 2. 3½ jähr. Knabe L. K., wiegt 12½ kg, bekommt 0,1 g Thallium. 2 Wochen darauf Abgang von Helminthen, jedesmal zu je 5—15 Stück; vorher kein Erbrechen oder Durchfall. Nach 3 Monaten Allgemeinbefinden gut. Gewichtszunahme 0,40 kg.

Fall 3. Mädchen P. F., 8 Jahre alt; Gewicht 29 kg, erhält 0,24 g Thallium. 6 Tage hierauf Diarrhoe, Erbrechen und lebhafte Leibschmerzen. Sodann beginnen Eingeweidewürmer abzugehen (auch mitsamt dem Erbrochenen), bis 20 Stück am Tage. Dieser Krankheitszustand hält 10 Tage an; infolge des unaufhörlichen Vomierens gar keine Nahrungsaufnahme. Am 12. Tage Exitus letalis unter Erscheinungen ununterbrochenen Erbrechens. Leider erfuhren wir davon erst nach dem Tode des Kindes. Wie wir nachträglich in Erfahrung brachten, nahm einer der das Kind behandelnden Ärzte die Helminthen und deren Sporen, die in der letzten Zeit Gehirnerscheinungen hervorgerufen haben sollen, als Todesursache an; ein anderer Arzt hingegen eine kurz vorher überstandene Appendektomie, wobei eine Menge Verklebungen sich herausgestellt hätten. In der Gegend des Wurmfortsatzes wären vor dem Tode des Kindes heftige Schmerzen — eine zugunsten von Peritonitis sprechende Erscheinung — konstatiert worden.

Wir wollen an dieser Stelle gleich eines zweiten Todesfalles unter den 500 Kindern, denen Thallium gegeben wurde, Erwähnung tun. Es handelt sich hierbei um das 6jähr. Mädchen R. F. Dieselbe war 1924 mit Röntgenstrahlen behandelt worden. 1926 Rezidiv. Erhält am 20. XI. 1926 0,137 g Thallium. Körpergewicht 17,1 kg. Präsentierte sich zur Inspektion im Dispensatorium am 25. XI. 1926. Keine Beschwerden; die Haare lassen sich durch Zupfen entfernen. Erkrankt am 3. XII. 1926 unter Erscheinungen von starkem Kopfschmerz, erhöhter Temperatur und Vomitus. Wurde am 5. XII. 1926 in das Oktoberhospital placiert, wo Diagnose auf Meningitis cerebrospinalis epidem. gestellt wird. Am 16. I. 1927 Exitus. Sektionsbefund: Septomeningitis serofibrinosa purulenta.

Offensichtlich kann keiner dieser beiden Todesfälle in direkten Kausalnexus mit dem Thallium gebracht werden.

Während Schmerzen in den Beinen vornehmlich bei Kindern, die das achte Lebensjahr schon überschritten hatten, zutage traten, manifestierten sich Magen-Darmstörungen in der Hauptsache bei Kindern, welche diesseits des achten Lebensjahres standen.

Neben den bisher erwähnten Komplikationen wurde von uns noch eine Reihe von Erscheinungen beobachtet, welche, was Frequenz und Intensität anbetrifft, jenen in bedeutendem Maße nachstanden. Hierzu sind vorerst 13 Fälle von subakuter Konjunktivitis zuzuzählen, von der Kinder bis zu 10 Jahren befallen wurden, zuweilen mit partieller Blepharitis in ihrem Geleit. Die Erkrankung kam am 4.—9. Tage zustande und dauerte etwa 5 Tage, ohne lästige Empfindungen auszulösen; Abheilung erfolgte ohne therapeutische Maßnahmen.

Sodann war in 2 Fällen bei einem vier- bzw. einem fünfjährigen Kinde im Laufe von 2 Tagen bzw. 1 Tag Urinretention zu verzeichnen, die gleichfalls ohne ärztliche Intervention schwand.

Von seiten des Nervensystems werden folgende Erscheinungen befunden: Bei etlichen bis zu 5 Jahre alten Kindern Erregung; die Kinder sind eigensinnig, erwachen nachts und geben wirre Worte von sich. In 3 Fällen bestand Depression. Zwei Mädchen befanden sich mehrere Tage lang im Zustande von Schlafsucht und aßen schlecht, dabei hatten sie Durchfall; die Temperatur stieg nicht über 38°. Beim 9 Monate alten Knaben G. mit 8,75 kg Gewicht trat am 14. Tage nach Einnahme von 0,07 g Thallium Somnolenz und Schlaffheit ein; das Kind konnte nur mit Mühe sein Köpfchen aufrecht halten. Dieser Zustand hielt 6 Tage an, und nach Ablauf eines Monats waren alle Erscheinungen verschwunden. Das Kind war wieder munter und lustig; seine Gewichtszunahme betrug 1,25 kg.

Lichenoide Hautausschläge kamen dreimal bei 3—5jähr. Mädchen vor: einmal am Halse und in den Kniekehlen und zweimal am ganzen Rumpfe. Diese Ausschläge entstanden in der 2.—3.—5. Woche, hielten sich 10—14 Tage und wurden restlos resorbiert.

Somit läßt sich feststellen, daß von den 500 Fällen unserer Thalliumanwendung zu Epilationszwecken in 59 Fällen, d. h. bei einem Prozentsatz von 10,1%, Komplikationen stattfanden, die jedoch im Verlaufe von 2—3 Wochen restlos schwanden und aus diesem Grunde nicht als schwere Krankheitsprozesse gewertet werden können. In der obigen Zahl der Komplikationen sind auch die im vorstehenden beschriebenen zwei Todesfälle mit einbegriffen, wenn auch diese in keinem direkten Abhängigkeitsverhältnis

Digitized by Google

zum Thallium stehen. Faßt man nun die schwereren Komplikationen in eine besondere Gruppe von 59 Fällen zusammen, so finden wir unter letzteren 31 Fälle von stark ausgeprägten Schmerzen in den Beinen, 18 von beträchtlichen Magen-Darmstörungen, zweimal Harnverhaltung, fünfmal scharf ausgesprochene Erregung und dreimal Depression.

Wenn wir die hinsichtlich aller Komplikationen erhobenen Befunde nach dem Lebensalter der Pat. gruppieren, so gewinnen wir nachstehende Daten:

Alter	1—2 Jahre	3—4 Jahre	5—6 Jahre	7—8 Jahre	9—10 Jahre	11—12 Jahre	13—14 Jahre	15—18 Jahre	älter
Zahl der Kranken	26	102	115	83	60	53	34	8	19
Zahl der Komplikationen . .	5	10	10	10	7	7	8	2	—
Prozentverhältnis	19,2	9,8	8,7	12,0	11,0	13,1	23,5	25	—

Aus dieser Tabelle erhellt, daß auf die Gruppe bis zu 2 Jahren eine bedeutende Anzahl von Komplikationen fällt. Möglicherweise ist aber der Prozentsatz hier um deswillen so groß, weil an sich die Zahl der Kinder dieser Gruppe ganz minimal ist. Von 3 Jahren ab bis 7 Jahren inkl. hält sich der Prozentsatz annähernd auf ein und demselben Niveau, und zwar gegen 9% mit geringen Schwankungen nach der einen oder der anderen Seite, um dann vom 7. Lebensjahre ab entschieden hochzugehen, insbesondere in der Gruppe der 13—18jährigen. Teilen wir nunmehr die Gesamtheit der Pat. in zwei Gruppen ein, von denen die eine — 386 an der Zahl — die Zeitspanne bis zu 10 Jahren inkl. umfaßt und die andere im Betrage von 114 die Zeit vom 11. Lebensjahre an aufwärts, so erweisen sich bei den 386 Kindern der erstgenannten Gruppe 42 Komplikationen oder 10,9% und bei den 114 der zweiten 17 Komplikationen oder 14,8%. Auf die Gesamtzahl der Pat. erhalten wir endlich im Durchschnitt 11,8% Komplikationen. Bei den übrigen 88,2% aller behandelten Personen waren also entweder gar keine Komplikationen vorhanden oder nur solche ganz leichter Natur, die bloß bei besonderer Aufmerksamkeit sich seitens des medizinischen Personals fixieren ließen.

Wir wollen hier noch hinzufügen, daß unsere Befunde sich nicht völlig mit denen Landesmanns und Meirowskys decken. Diese Autoren berichten nämlich über eine Periodizität der Schmerzen, was in bezug auf unsere Pat. nicht zutrifft, da sich hier die Schmerzen keinmal wiederholten. In den Fällen, wo diese aufgetreten waren und eine gewisse Zeitlang gedauert hatten, erneuerten sie sich nie, wenn sie einmal aufgehört hatten. Auch haben wir keinmal Schmerzen in der Brust und den Ohren beobachten können.

Körpergewicht. Was das Krankengewicht anbelangt, so machten sich hierin keine erheblichen Schwankungen bemerkbar. Von den 56 Pat., an denen mehrfache hierauf zielende Prüfungen vorgenommen wurden, blieb bei 16 das Gewicht unverändert, 17 wiesen Gewichtszunahme von durchschnittlich 1 kg — bei Schwankungen in den Grenzen zwischen $^5/_{12}$ und 3 kg — auf, und bei 23 war Gewichtsabnahme von durchschnittlich $1^1/_4$ kg bei Schwankungen von $^5/_{12}$—$6^1/_4$ kg zu verzeichnen. Die größte Gewichtseinbuße erlitten die Pat. mit schweren Komplikationen; so verlor ein 13jähr. Mädchen, das von heftigen Gelenkschmerzen betroffen war, $6^1/_4$ kg. Die Wägungen führten wir vor und zu Ende der Kur sowie am 15.—18. Tage aus. Öfters wiederholte Wägungen wurden in der Hauptsache an Kindern mit Komplikationen geübt.

Harn. Der Harn wurde mehrmals bei 37 Pat. untersucht, jedoch keinmal Vorhandensein von Eiweiß oder sonstiger Nierenelemente konstatiert.

Magensaft. Die Prüfung des Magensaftes 33 Kranker von 8—40 Jahren ergab: bei 11 Personen Vermehrung und bei 17 Verminderung, bei 5 war derselbe ohne Modifikationen. Die Untersuchung wurde vor dem Einnehmen, am nächsten und am 14. Tage angestellt; meist war bei der letzten Prüfung die Azidität gesteigert.

Blut. Angesichts technischer Verhältnisse wurden nur an 10 Pat. Blutuntersuchungen vorgenommen. Dabei ließen sich keine konstanten Alterationen nach der Richtung von Lymphozytose ermitteln. Die Anzahl der Eosinophile schwankte sowohl nach der positiven (+) als auch nach der negativen (—) Seite. Während Klienmann Lymphozytose und Eosinophilie fand, erhielten wir so etwas bei unserem Krankenmaterial nicht. Nur bei einem 13jähr. Jungen, der 0,29 g Thallium eingenommen hatte,

Digitized by Google

sahen wir erhebliche Verringerung der Zahl der roten Blutkörperchen von 4 Millionen bis zu 2900000 und Vermehrung der Leukozyten von 5400 bis auf 9200; die freie Salzsäure sank von 26 bis 16, die Azidität von 50 bis 40. Heftige Gelenkschmerzen persistierten 2 Wochen lang und war der Kranke gezwungen, das Bett zu hüten. Wir lassen hier seine Blutformel folgen.

	Vor der Kur	1 Tag darauf	2 Wochen darauf
Lymphozyten	36%	29.5%	20%
Monozyten	2%	4%	3%
Eosinophile	7%	6%	0
Polynukleare	49%	58%	73%

Resultate der Thalliumtherapie. Blutdruckmessungen wurden bei 16 Personen angestellt, wobei bei 4 Steigerung desselben, bei 10 Druckverminderung und bei 2 keine Änderungen gefunden wurden.

Beginn der Behandlung	Anzahl der nur mit Thallium Behandelten	Zahl der Geheilten	Rezidive	Verschwunden	Sind unter Beobachtung
XI. 1926	136	79	25	17	15
XII. 1926	85	46	12	16	11
I. 1927	68	36	7	9	16
II. 1927	84	33	11	4	36
III. 1927	78	20	2	2	54
IV. 1927	49	6	—	4	39
Total	500	220	57	52	171
%	—	49,2%	12,7%	—	—

Wie ersichtlich, haben sich von den 500 vom 1. XI. 1926 bis zum 15. IV. 1927 mit Thallium Behandelten 52 Personen unserer Beobachtung entzogen und verblieben somit unter unserer Kontrolle 448 Pat., von denen 220 oder 49,2% vollständig gesund sind; was Rezidive anbelangt, so liegen 57, was 12,7% ausmacht, vor. Die übrigen Pat. werden gegenwärtig von uns noch beobachtet. Die relativ beträchtliche Anzahl von Rezidiven läßt sich wohl dadurch erklären, daß die dem Haarausfall nachfolgende Behandlungsweise nicht ganz einwandfrei durchgeführt wurde. Sobald das Ausfallen des Haares einsetzt, muß nämlich in kürzester Frist (innerhalb 2—5 Tage) völlige Alopezie und Reinigung der befallenen Bezirke des Kopfes erzielt werden. Von den Kindern, bei denen es zu Rezidiven kam, sind 37 während des Haarausfallstadiums an Masern, Scharlach und sonstigen Infektionskrankheiten erkrankt. Die nachfolgende Kur konnte daher entweder gar nicht oder nur höchst ungenügend betrieben werden und rezidivierten daher 5. 12 Pat. mit Rückfällen erschienen unregelmäßig zur nachträglichen Behandlung; 5 von diesen verließen nach der Thalliummedikamentation die Stadt, ließen sich gar nicht behandeln und präsentierten sich schließlich im Dispensatorium erst nach Ablauf von 3 Monaten mit Rezidiven. Zwei Rezidive ereigneten sich bei zwei Pat., die sehr vernachlässigte Krankheitsformen aufzuweisen hatten; einer von ihnen hatte sich vor dem Thallium schon viermal der Röntgenbestrahlung unterzogen.

Aus der Durchmusterung der Ergebnisse der Thalliumtherapie, nach den verschiedenen Arten der Pilzerkrankungen in nachfolgender Tabelle geordnet, ergibt sich der geringste Prozentsatz von Rezidiven, und zwar 9% bei Mikrosporie und der größte — 14,2% — bei Herpes tonsurans, während der Favus 12% aufweist. In bezug auf Heilungen steht gleichfalls Favus an erster Stelle mit 62%, an zweiter Mikrosporie (51,3%) und an dritter Herpes tonsurans (45,5%). Unsere Daten stimmen mit den von Posini publizierten überein; letzterer erhielt bessere Resultate bei Favus und schlechtere bei Mikrosporie.

Digitized by Google

Favus				Herpes tonsurans				Microsporia			
Gesamtzahl der Kranken	Genesene	Rezidive	Unter Beobachtung	Gesamtzahl der Kranken	Genesene	Rezidive	Unter Beobachtung	Gesamtzahl der Kranken	Genesene	Rezidive	Unter Beobachtung
männl. 24 } 58	16 } 36	5 } 7	3 } 15	134 } 233	62 } 106	17 } 33	55 } 94	99 } 156	53 } 80	8 } 14	38 } 62
weibl. 34	20	2	12	99	44	16	39	57	27	6	24
%	62%	12%	—	—	45,5%	14,1%	—	—	51,3%	9%	—

Krankentabelle. Kombinierte Behandlung.

Anzahl der Kranken	Lebensalter und Körpergewicht	Menge des dargereichten Thalliums	Menge der erhaltenen Strahlen	Ausfall	Nachwuchs	Resultat der Kur
9	8—30 Jahre 31—78 kg	0,08—0,2	6 X	Vom 6. bis 23. Tage 2 mal schlechter Ausfall	Von 1½ bis 3 Mon.	2 gesund
19	5½—40 Jahre 18—62 kg	0,07—0,24	5 X	Vom 9. bis 25. Tage 3 mal schlechter Ausfall	Nach 3—4 Mon.	1 Rezidiv 3 gesund
5	24—50 Jahre 52—60 kg	0,1	7 X	Vom 12. bis 26. Tage einmal schlechter Ausfall	Nach 2—4 Mon.	—
1	19 Jahre 57 kg	0,33	2½ X	Am 17. Tage	—	—
1	19 Jahre 63 kg	0,1	8 X	Am 14. Tage	In der 4. Woche	—
1	19 Jahre 62 kg	0,2	6 X	Rückstand an den Rändern	In der 11. Woche	—
3	8—29 Jahre 20—60 kg	0,1—0,32	3 X	Vom 14. bis 28. Tage schlechter Ausfall	Im 3. Monat	—
39						

Aus vorstehender Krankentabelle ist hinsichtlich der kombinierten Behandlung folgendes zu ersehen:

1. Der Haarausfall beginnt und vollendet sich verhältnismäßig später als bei ausschließlicher Thalliumbehandlung und dauert derselbe bis zu 28 Tagen.

2. Der Haarnachwuchs tritt später ein, etwa im 2.—4. Monat.

3. Auf den Abschnitten, die ergriffen gewesen sind, fängt der Haarwuchs früher an als an der übrigen Haut.

4. Von den 39 Personen, die der kombinierten Behandlung sich unterzogen hatten, fielen die Haare schlecht aus: bei 2 von 9, die ⅛ Thalliumdosis und ⅛ Erythemdosis Röntgenstrahlen erhalten hatten; bei 3 von 19, welchen ½ Thalliumdosis und ½ Erythemdosis

Digitized by Google

Röntgenstrahlen appliziert worden war und bei einem von 5, die $^1/_4$ Dosis Thallium und $^3/_4$ Erythemdosis Röntgenstrahlen gebraucht hatten. Abscheinend gibt $^1/_2$ Thalliumdosis und $^1/_2$ Erythemdosis Röntgenstrahlen die besten Resultate. (Eine ganze Thalliumdosis beträgt 0,008 g pro Kilogramm Körpergewicht.)

Zum 5. IV. 1927 genasen 5 Personen. 1 Rezidiv.

Wir sehen vorläufig von jeglichen Schlußfolgerungen ab, da diese Kranken sich nicht genügend lange Zeit unter unserer Beobachtung befunden haben.

Auf Grund aller obigen Erörterungen erlauben wir uns folgende Schlußsätze aufzustellen:

1. Das Thallium aceticum übt toxische Wirkungen aus, die sich vornehmlich im Sinne einer Reizung des sympathischen Nervensystems äußern.

2. Kinder vertragen in der Mehrzahl das Thallium ohne jegliche Schmerzempfindung.

3. Dauerwirkung kommt dem Thallium nicht zu. Selbst die Kinder, die an Komplikationen erkrankt gewesen sind, wiesen nach 2—3 Monaten keine Organschädigungen auf. Die entkräfteten kleinen Pat. erholten sich und nahmen an Gewicht zu, die Schmerzen schwanden.

4. Einmalige Einnahme von Thallium à 0,008 g pro 1 kg Körpergewicht erzeugt durchaus gute Alopezie: die Haare lassen sich leicht und ohne Schmerzen entfernen.

5. Man wird in allem Ernste seine volle Aufmerksamkeit auf die Epilation und die nachfolgende Behandlung zu lenken haben: jene ist innerhalb 3—5 Tagen vom Haarausfall an gerechnet, diese im Laufe von 4—6 Wochen nach dem Haarausfall durchzuführen und besteht die Behandlung in einer sorgfältigen Reinigung der betroffenen Hautabschnitte mittels einer lanzenförmigen Nadel und in Desinfektion dieser Bezirke mit Hg-Salbe und Jodlösung.

6. Mit Rücksicht auf die durchaus zufriedenstellenden Resultate der Thalliumtherapie wollen wir annehmen, daß es nur mit Hilfe dieser Therapie und nicht der Röntgenstrahlen gelingen wird, die parasitären Erkrankungen in der Ukraine zum Schwinden zu bringen. Man wird vielleicht das Salz des Thalliums so modifizieren müssen, daß dessen Giftwirkung herabgesetzt wird, was aller Wahrscheinlichkeit nach leichter zu erreichen sein wird, als wenn man die abgelegenen Ortschaften unseres Landes mit kostspieligen Röntgenapparaturen und erfahrenen Röntgenologen zu versehen suchte.

Zum Schluß halten wir es für unsere Pflicht, allen Mitarbeitern des Dispensatoriums sowie der sonstigen Institutionen, die uns bei der Ausführung unserer Arbeit geholfen haben, unseren Dank auszusprechen.

Literatur

1. Sabouraud, Entret. Dermat., 1913 et 1914. — 2. Buschke, Langer und Schayer, M. m. W., 1926, Nr. 20. — 3. Buschke, Langer und Peiser, W. u. D., 1926, Nr. 4; Derm. W., 1926, Nr. 31 und 27. — 4. Buschke und Peiser, Kl. W., 1924, S. 244. — 5. Peter, Arch. f. Derm., Bd. 150. — 6. Telugo, Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., Bd. 19, S. 136. — 7. Fiocco, Derm. W., Bd. 81 Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., Bd. 18, S. 790. — 8. Covisa, Act. derm.-venereol., 1924, Nr. 16. — 9. Buschke, Zondeck, Bermam, Kl. W., 1927, Nr. 15. — 10. Pöhlmann, Arch. f. Derm., 1913, Bd. 114. — 11. Dombrowsky, Derm. W., 1927, Nr. 16. — 12. Kleinmann, R. W. D., Nr. 2; M. Kl., 1926, Nr. 46. — 13. Bronstein, Vrasch D., 1926, Nr. 17—18. — 14. Bogdanow, Acta derm.-venereol. Rossica, 1926, Nr. 9, S. 871. — 15. Montreil, Acta derm.-venereol. Rossica, 1927, Nr. 3, S. 317. — 16. Mamols, Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., Bd. 18, S. 39. — 17. Covisa, Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., Bd. 18, S. 349. — 18. Peter, Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., 1926, Bd. 21, S. 578. — 19. Pauschly, Ref. Zschr. f. Haut- u. Geschlechtskrkht., Bd. 21, S. 854. — 20. Leiner, W. kl. W., 1927, Nr. 1. — 21. Landesmann und Mgebroff, Acta derm.-venereol. Rossica, 1927, Nr. 4. — 22. Gschebin, Jordan, Acta derm.-venereol. Rossica, 1927, Nr. 3, S. 318. — 23. Buschke, Acta derm.-venereol. Rossica, 1927, Nr. 4, S. 383. — 24. Dostrowsky, Derm. W., 1927, Nr. 22. — 25. Dombrowsky, Derm. W., 1927, Nr. 16.

Digitized by Google

Aus der Universitätsklinik für Dermatologie und Syphilidologie in Innsbruck
(Vorstand: Prof. Dr. Wilhelm Kerl)

Zur kombinierten Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis

Von

Dr. Josef Konrad, Assistent der Klinik

Im nachfolgenden soll kurz über die Ergebnisse berichtet werden, die an der Klinik durch Anwendung der von Wagner-Jauregg im Jahre 1917 eingeführten Malariatherapie sowohl in den früheren, wie auch in den späteren Stadien der Syphilis erzielt wurden. Maßgebend als Indikation für die Einleitung einer Malariatherapie war in jedem Falle ein positives Liquorergebnis. Die Einhaltung dieser Indikationsstellung wird u. a. auch vertreten von Arzt und Fuhs, E. Hoffmann, Kerl, Scherber, Zieler. Der zur Inokulation der Malaria verwendete Stamm von Plasmodium vivax stammte ursprünglich aus der Klinik Wagner-Jauregg. Frische Fälle von Lues II mit geringgradigen Veränderungen im Liquor wurden der Malariatherapie nicht zugeführt, sondern als passager positiv betrachtet und mit der chronisch-intermittierenden Syphilistherapie behandelt. Die Liquorkontrolle von solchen Fällen 3—6 Monate später ergab auch immer ein negatives Resultat. Als Kontraindikation galt hohes Alter, Myodegeneratio cordis, sowie Fälle von ausgesprochener Kachexie. Mesaortitis luetica, sowie kompensierte Vitien bildeten für die Einleitung einer Malariatherapie bei Anwendung strengster Kontrolle und Unterstützung mit entsprechenden Herzmitteln während der Anfälle keine Kontraindikation.

Nach einer Vorkur von 3,0 g Neosalvarsan erfolgte ausschließlich die intravenöse Inokulation von durchschnittlich 5 ccm Spenderblut. Die Inkubationszeit bis zum Auftreten des ersten Anfalles war sehr verschieden und schwankte zwischen 3 und 25 Tagen; sie scheint auch unabhängig zu sein vom Zeitpunkte der Abimpfung. In unseren Fällen ließ sich wenigstens keine Annahme dafür finden, daß die verschieden lange Inkubationszeit in einem direkten Zusammenhang steht mit dem Momente der Blutentnahme. In der Regel dauert die Inkubationsperiode bei intravenöser Inokulation bis zu einer Woche. In 2 Fällen war eine zweite Inokulation notwendig, da in einem Falle 17 Tage und in einem zweiten Falle 25 Tage nach der ersten Inokulation noch kein Anfall auftrat. Auch nach der zweiten Inokulation dauerte es in beiden Fällen noch 13 Tage bis zum ersten Anfall. Von allen angegebenen Provokationsmethoden zur rascheren Mobilisierung der Merozoiten wie Milch-Aolan-Caseosan-Typhus-Vakzine, subkutane und intravenöse Adrenalininjektionen usw. scheint am besten die provokatorische dreifeldrige Milzbestrahlung mit Röntgen zu wirken, worüber auch Arzt und Fuhs berichten. In den fünf bisher an der Klinik bestrahlten Fällen ergab sich eine auffallend kurze Inkubationszeit. Als Dosis wurde 1 H gefiltert durch 3 mm Al einer mittelharten

Digitized by Google

Röntgenstrahlung in dreifeldriger Einstellung verabreicht. In einem Falle genügte sogar eine einfeldrige Milzbestrahlung mit gleicher Dosis, um am nächsten Tage den ersten Anfall auszulösen. Die Bestrahlung erfolgte in allen Fällen 1—2 Tage nach der intravenösen Inokulation, so daß die Inkubationszeit in sämtlichen 5 Fällen nur 2—3 Tage gedauert hat. Es scheinen bei Milzbestrahlungen mit Röntgen, so überhaupt aus den wenigen Fällen ein Schluß gezogen werden darf, zur Provokation des ersten Anfalles der Malaria die allerkleinsten Röntgendosen, wie sie THEDERING in einer Reihe von Dermatosen in der Röntgen-Hauttherapie mit besten Erfolgen empfiehlt, einen günstigeren Einfluß auszuüben, als die bisher angewendeten größeren Dosen bis zu einer halben HED. Die von WENDELBERGER gemachte Angabe, daß bei der Übertragung der Impfmalaria auf die Blutgruppen Bedacht zu nehmen ist, konnten wir nicht bestätigen.

Nach der Inokulation beobachtet man in wenigen Fällen Eiweißfieber bis zu 38°, und 1—2 Tage vor dem ersten Anfall pflegen Prodromalerscheinungen aufzutreten, die aber durchweg geringgradiger Natur sind. Infolge aufgetretener Komplikationen während der Anfälle mußten frühzeitig 2 Fälle kupiert werden, einer wegen bedrohlichen Kollapserscheinungen bei Versagen des Herzens und ein zweiter wegen eines akut aufgetretenen Ikterus. In einem Falle löste die Malariatherapie nach dem neunten Anfalle bei einem Patienten, der früher schon an paranoiden Wahnideen litt, einen schweren neuerlichen Rückfall aus, über welches Vorkommen auch DATTNER berichtet, so daß er nach sofortiger Kupierung auf die psychiatrische Klinik transferiert werden mußte. Das Resultat der Untersuchung des Hämoglobingehaltes des Blutes während der Malariatherapie gab nie Anlaß zu frühzeitiger Unterbrechung. In der Regel ließen wir die Patienten 10 Anfälle durchmachen und kupierten dann die Malaria mit zweimal 0,5 Chininum bisulf. intravenös in mehrstündigem Intervall durch 2 Tage. In der letzten Zeit gaben wir auf Grund von mehrfachen Mitteilungen in der Literatur über ungenügende Kupierung der Impfmalaria mit Chinin im Anschluß an die zwei intravenösen Chinintage noch durch 3 Tage hindurch dreimal 0,5 Chinin per os. Als Nachkur verabreichten wir noch 4,5 g Neosalvarsan. Die Gewichtsabnahme während der Malariatherapie betrug durchschnittlich 3—6 kg, die jedoch unter der nachfolgenden Salvarsankur in allen Fällen rasch eingebracht wurde. Zur Unterstützung der Herztätigkeit wurde, wenn notwendig, während des Fieberanstieges Tct. strophanti, Hexeton oder Cardiazol verabreicht. Die Temperaturhöhe während der einzelnen Anfälle war schwankend zwischen 39—40—41,3° als Maximum. Der Typus der Fieberanfälle war in der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle der einer Malaria tertiana, der in den ersten Anfällen noch etwas unregelmäßig und anteponiert auftrat, um dann aber beim dritten oder vierten Anfall in einen regelmäßigen Tertianatypus überzugehen. In 2 Fällen trat von Anfang an ein vollkommen regelmäßiger Quotidianatypus auf, der bis zum zehnten Anfall in voller Stärke anhielt und bei Addierung jener Stunden, in denen der Patient über 39° fieberte, eine Gesamtzahl von 70 Fieberstunden erreichte. Die Breite der einzelnen Anfälle war

Digitized by Google

sehr verschieden, nimmt jedoch gegen die zweite Hälfte der Anfallsreihe hin immer mehr ab. In ungefähr 30% der Fälle kam es zu spontanem Erlöschen der Impfmalaria meistens erst nach dem siebenten bis achten Anfall. Durch Injektion von Typhusvakzine nach Besredka konnten noch einige Hilfsanfälle durchgeführt werden, ohne jedoch ein neues Aufflackern der spontan erloschenen Malaria wieder erzielen zu können. Nach einem abgestorbenen Fall einer Impfmalaria eines Patienten der hiesigen psychiatrischen Klinik (Prof. Mayer) gelang es zunächst durch die gebräuchlichen Provokationsmethoden nicht, weitere Anfälle auszulösen — auch die Röntgen-Reizbestrahlung der Milz einfeldrig war erfolglos —, bis nach neuerlicher Inokulation und darauf folgender dreifeldriger Röntgen-Reizbestrahlung der Milz mit je 1 H durch 3 mm Al. gefiltert sich wenige Tage später eine weitere Anfallsreihe erzielen ließ. Eine Abschwächung der Höhe der einzelnen Anfälle mit kleinsten Chinindosen hielten wir nur in einem Falle wegen Herzbeschwerden für notwendig, sind jedoch der Meinung, daß dadurch die Virulenz des Stammes möglicherweise für weitere Anfälle abgeschwächt werden kann.

Von den bisher 22 mit der kombinierten Neosalvarsan-Malariakur behandelten mit positivem Liquor einhergehenden Luetikern lassen sich folgende Resultate zusammenstellen. Auf die einzelnen Stadien der Syphilis verteilen sich die Fälle wie folgt:

Lues II (5)	Frühlatenz (2)	Spätlatenz (7)	Lues III (3)	Tabes dors. (2)	P. p. (2)	Lues cong. (1)
Zur Repunktion bisher erschienen 11 (50%)						
Lues II (2)	Frühlatenz (2)	Spätlatenz (4)	Lues III (1)	Tabes dors. (2)	—	—
Ergebnis der Repunktion						
Lues II 1 negativ 1 gebessert	Frühlatenz 1 negativ 1 gebessert	Spätlatenz 4 negativ	Lues III 1 negativ	Tabes dors. 1 gebessert 1 unverändert	—	—

Bei Beurteilung der Wirkung der Malariatherapie sind wir in allen jenen Fällen, die mit einem positiven Liquor, jedoch ohne nachweisbare klinische Nervensymptome einhergehen, auf die Veränderungen der Reaktion im Blut und Liquor angewiesen. Dabei ist noch zu beachten, daß pathologische Veränderungen im Liquor im Verlaufe einer Lues sowohl spontan, wie auch durch die chronisch intermittierende Syphilisbehandlung sich zur Norm zurückbilden können.

Die Repunktion erfolgte durchschnittlich 3—6 Monate nach Abschluß der Malariatherapie und darauffolgender Salvarsanbehandlung, so daß für manche Fälle die Zeit noch zu kurz wäre, um sich darüber ein abschließendes Urteil bilden zu können. Von den 5 behandelten Fällen frischer Lues II sind nur 2 repunktiert, davon wurde 1 Fall vollkommen negativ, der 2. Fall wesentlich gebessert. Von den 9 in der Früh- und Spätlatenzperiode der Syphilis behandelten Fällen sind 6 repunktiert, davon 5 vollständig negativ und 1 Fall gebessert, ein repunktierter Fall einer Lues III erscheint negativ, während von 2 neurologisch nachgewiesenen Fällen von Tabes dorsalis sich 1 Fall besserte, der 2. Fall klinisch

Digitized by Google

und serologisch vollständig unverändert blieb und lediglich hinsichtlich der vorhandenen gastrischen Krisen sowie der lanzinierenden Schmerzen (WAGNER-JAUREGG) in der Blase subjektiv eine Besserung erfuhr.

Den besten Einfluß scheint die Malariatherapie zu haben in der Früh- sowie Spätlatenzperiode der Syphilis, bevor klinisch nachweisbare Veränderungen im Zentralnervensystem vorhanden sind. Daher ist an der durch viele Autoren (ARZT und FUHS, E. HOFFMANN, KERL, MUCHA, SCHERBER, ZIELER u. a.) gestützten Forderung festzuhalten, möglichst frühzeitig jeden krankhaft veränderten Liquor im Verlaufe einer syphilitischen Erkrankung der kombinierten Neosalvarsan-Malariabehandlung zu unterziehen und in allen Fällen, bei denen durch dieses Verfahren eine nicht genügende Liquorsanierung erzielt wurde, eine chronisch intermittierende Nachbehandlung anzuschließen, wie dies ARZT und FUHS, MUCHA, SCHERBER empfehlen.

Literatur

ARZT und FUHS, Arch. f. Derm., 1927, Bd. 153, H. 2, S. 464. — DATTNER, B., Jahresversammlung der deutschen Vereinigung für Psychiatrie in Düsseldorf, 23. Sept. 1926. Kl. W., 1927, Nr. 11, S. 521. — HOFFMANN, E., Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 18, S. 496. — MUCHA, W. m. W., 1926, S. 909. — SCHERBER, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 18, S. 506. — THEDERING, FR., Strahlentherapie, 1924, Bd. 18, S. 444—450. — WAGNER-JAUREGG, W. kl. W., 1926, Nr. 38, S. 1093. — WENDLBERGER, J., W. kl. W., 1927, Nr. 11, S. 345. — ZIELER, Zbl. f. Haut- und Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21, S. 690.

Versammlungen

Wiener Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 23. Juni 1927

Vorsitzender: Fasal Schriftführer: Gruss

Perutz: **Jodoformdermatitis.** 22jähr. Pat. mit Jodoformdermatitis, deren Bläscheninhalt die Idiosynkrasie auf eine 24jähr. vorher nicht jodoformüberempfindliche Patientin mittels intrakutaner Impfung passiv übertragen worden ist.

Polacek: 1. **Lupus erythematodes.** Die 35jähr. Frau zeigt im Gesicht, an der vorderen Brustapertur, an den oberen Extremitäten, an den Handtellern, sowie an der Dorsalfläche der Finger charakteristische Herde. Einzelne, von Erythemcharakter, im Gesicht mit Atrophie ausheilend. Bemerkenswert die Mitbeteiligung der Fußsohle. Krankheitsdauer 8 Jahre.

2. **Eczema verrucosum der Unterschenkel.** Der 49jähr. Mann erkrankte 1912 an Thrombophlebitis. Im Anschluß daran Eczema en plaques e varicibus und auf der Basis dieses ein Eczema verrucosum.

Oppenheim: **Bromexanthem.** 49jähr. Schneiderin. Im April nach Sedobrol an den unteren Extremitäten und am Körper kleine Pusteln, die zum Teil abheilten. Im Mai nochmals 60—70 Tabletten, außerdem intern Brom. Daraufhin neues Auftreten von Pusteln mit peripherem Wachstum. Patientin zeigt an den Unterschenkeln über flachhandgroße, kreisrunde Achterform zeigende erhabene Plaques, Zentrum braunschwarz, trocken und verrukös. Diese Stellen etwas eingesunken, umgeben von fingerbreitem Streifen, der $^1/_2$ cm hoch hervorragt, graurötlich verfärbt und eine feindrüsige schwammige Beschaffenheit aufweist. An diesen Wall schließen sich teils ein blasig abgehobener mit Eiter gefüllter Saum, teils dicht gedrängte hirse- bis hanfkorngroße Pusteln an, und

Digitized by Google

an diese Zone grenzt ein etwa 1 cm breiter, violettrötlicher, gegen die gesunde Umgebung scharf abgegrenzter Saum. Affektion spontan und gegen Berührung ungemein schmerzhaft. Im Urin und im abgetragenen Gewebe trotz wiederholter Untersuchung Brom nicht nachweisbar. Es besteht Überempfindlichkeit der Haut gegen Brom, die sich nach Prausnitz-Küster auf Meerschweinchen übertragen läßt; das mit Serum vorbehandelte Tier zeigt struppiges Fell, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, ein Nachschleifen der hinteren Extremitäten, Erscheinungen, die nach 48 Stunden verschwinden, das Kontrolltier hat keinerlei Erscheinungen.

Lipp: Zwei Fälle von Bromexanthem. Der eine davon, 19 Jahre alt, zeigt vereinzelt im Gesicht, an den oberen und mittleren Rücken- und Brustpartien stecknadelkopf- bis erbsengroße, braunrote, derbe Knötchen, die in Rückbildung begriffen sind. An der Außenseite des rechten Oberarmes drei bis haselnußgroße derbe Knoten, die an der Oberfläche teils mit Krusten, teils mit Pusteln bedeckt sind. Pat. nahm seit 3 Wochen wegen epileptischer Anfälle Brom. Funktionelle Jadassohnsche Hautprüfung mit 50% wäßriger Natriumbromatlösung negativ. Der 2. Fall, ein 24jähr. Pat., weist im Gesicht, an den oberen und mittleren Brust- und Rückenpartien zahlreiche, follikulär angeordnete. stecknadelkopf- bis erbsengroße, derbe, braunrote, vielfach Pustelchen tragende Knötchen auf. An den Vorder- und Seitenflächen der Unterschenkel, einzeln stehende, zu polizyklisch begrenzten Herden konfluierte Plaques von braunroter Farbe. Diese zeigen an der Oberfläche randwärts großenteils konfluiert Bläschen und Pusteln, im Zentrum schmutzig graugrüne Krustenauflagerungen auf papillär zerklüfteter Basis. Pat. nahm 12 Wochen Brom. Funktionelle Jadassohnsche Hautprüfung mit 50% wäßriger Natriumbromatlösung leicht positiv.

Stein demonstriert das Diapositiv eines über handtellergroßen Bromoderma tuberosum et vegetans, das an der Vorderseite des Unterschenkels lokalisiert ist. Dieses Bromoderma war im Anschluß an eine Hautabschürfung aufgetreten. Vor dem Trauma hatte Pat. wochenlang bis 4 g Brom pro die genommen. Sonst auf der Haut nirgends pathologische Veränderungen. Umschläge mit Pregl-Lösung (verdünnt oder auch konzentriert) haben sich therapeutisch bewährt.

Oppenheim hat intern Kochsalz gegeben und äußerlich physiologische Kochsalzumschläge verwendet, wodurch sich der Zustand wesentlich gebessert hat. Präzipitatsalbe war wirkungslos. Bei Bromvergiftung wird das Brom in den Muskeln, namentlich in denen der Oberschenkel zurückgehalten, daher die Müdigkeit beim Gehen. Die Neurologen (Erben) geben Kochsalz in großen Dosen, um das Brom in den Geweben zu ersetzen. Die Bromausscheidung erfolgt sehr langsam und dauert lange an.

Risak: **Als Ösophagus verwendeter Hautschlauch.** Die mikroskopischen Präparate entstammen einer vor 15 Jahren gemachten Ösophagusplastik nach Lexer, bei der Haut zur Ösophagusbildung verwendet worden ist. Schon makroskopisch bot diese Haut das Bild der Schleimhaut dar und histologisch konnte keinerlei Verhornung mehr festgestellt werden. Haare nur spärlich, Talgdrüsen fehlten vollständig. Das Unterhautzellgewebe zeigte sich kleinzellig infiltriert und narbig verändert. Im Korium große Drüsenfelder, die sich als Schweißdrüsen vom apokrinen Typus erwiesen. Das besonders reichliche Vorkommen dieser Drüsenart findet darin seine Erklärung, daß die zur Bildung des Schlauches herangezogene Haut der Gegend der Milchleiste entstammte, die ja nach Schaffer sehr viele Drüsen vom apokrinen Typus enthalten.

Bindermann: **Mit Degea behandelte Psoriasis.** Die Wirkung ist schon bei einmaliger Applikation nach 8 Tagen deutlich. B. hat weitere 9 Psoriasisfälle und 2 Naevus flammeus mit Degea behandelt und berichtet über seine Erfolge. Manche Psoriasisplaques waren 4 Tage nach der ersten Applikation völlig geschwunden.

Stein kann die guten Erfolge dieser Behandlung bestätigen, weist jedoch darauf hin, daß im allgemeinen Frauen und Kinder besser auf dieses Medikament reagieren als Männer. Die Applikation desselben auf den behaarten Kopf entweder in Form einer Salbe oder in alkoholischer Lösung stößt deswegen auf Schwierigkeiten, weil ein absolut luftdichter Abschluß der mit der Salbe oder dem Alkohol bestrichenen Hautpartie durch etwa 48 Stunden absolut notwendig ist.

Kumer: Auch an der Klinik Arzt hatten wir mit Doramad bei Psoriasis z. T. sehr gute Erfolge, z. T. allerdings auch Versager. K. möchte warnen, das Mittel öfters an der gleichen Stelle aufzutragen, auch dürfte sich seine Anwendung im Gesicht nicht empfehlen.

Ullmann: Die Doramadbehandlung hat vor der Röntgentherapie große Vorzüge. Bei der Röntgentherapie so ausgebreiteter Psoriasis gelangen auch Strahlen in die Tiefe,

Digitized by Google

die bei der Radium- und Doramadbehandlung nach der physikalischen Natur der Strahlung nicht in Betracht kommen. In der biologisch-therapeutischen Wirkung aber verhalten sich die verschiedenen radioaktiven Strahlengattungen erfahrungsgemäß ziemlich gleich. Die Bequemlichkeit der Doramadapplikation bietet aber trotz der Kostspieligkeit, besonders bei so ausgebreiteten Fällen, einen Vorzug für den Praktiker, besonders dort, wo man über keinen Röntgenapparat verfügt.

Bindermann: Die Behandlung der behaarten Kopfhaut hat B. mit Degeaalkohol durchgeführt. Die Abdeckung erfolgte mit Kollodium. Ausrasieren erübrigte sich wegen Kleinheit der Herde.

Geiger: 1. **Keratoma hereditarium palmare et plantare.** Mächtige schwielige Hornauflagerungen, teilweise fissuriert. Affektion besteht seit der Geburt. Vater, Großvater und Kinder zweier Geschwister des Pat. leiden ebenfalls daran.

2. **Pemphigus serpiginosus benignus.** 29jähr. Pat., der an einer seit 5 Jahren mit gesetzmäßiger Regelmäßigkeit jeden 3.—5. Monat rezidivierenden Erkrankung leidet. Diese besteht in kleinsten Pustelchen, die rasch verkrusten. Dadurch, daß sowohl an der Peripherie dieser Herde, als auch ganz unregelmäßig zwischendurch immer neue Pustelchen auftreten, kommt es durch Konfluenz mehrerer Herde zu größeren verkrusteten Flächen am Stamm und den Extremitäten, im Zentrum dieser ist inzwischen Abheilung unter leichter Pigmentation eingetreten. WR negativ, Pirquet negativ. Auf Jodverabreichung keine Provokation, subjektiv keine Beschwerden. Schleimhäute frei. Differentialdiagnostisch kommt Derm. herpetifor. (Duhring) und Pemphigus vulgaris (Pemphigus serpiginosus benign.) in Betracht. Mit Rücksicht auf das Fehlen der Polymorphie und jeglicher subjektiven Erscheinungen wird die Diagnose Pemphigus vulgaris gestellt.

Finger bemerkt zu dem von Geiger vorgestellten Fall, daß es sich hier um eine chronische bläschenbildende Dermatose handelt, die mit Effloreszenzen beginnt, deren jüngste bereits reichlich mikroskopisch Eiterzellen führen und auch makroskopisch das Bild von Pusteln darbieten, also morphologisch in die Impetigogruppe gehört und lebhaft an die Primäreffloreszenzen der Impetigo contagiosa erinnert. Der Verlauf ist derart, daß sich um die alten zirzinäre neue Effloreszenzen bilden, die im Zentrum abheilen und nach der Peripherie fortschreiten, so daß sich große, über den ganzen Körper ausgebreitete konfluierende Plaques bilden, also ein an Impetigo herpetiformis erinnerndes Krankheitsbild. Eigentümlich für den Verlauf ist das Fehlen von allen Allgemeinerscheinungen, das spontane Abheilen nach mehrwöchentlicher Dauer und das Rezidivieren in typischen 4—5monatigen Intervallen. Finger wirft die Frage auf, ob jene wenigen als Impetigo herpetiformis in mare beschriebenen Fälle nicht mit dem vorgestellten Fall analog sind, um so mehr als der Fall mit einem unter diesem Titel von Kaposi abgebildeten die größte Ähnlichkeit hat.

Spitzer: 1. **Leucopathia congenita partialis.** Die Iris des einen Auges normal braun gefärbt, die des anderen durch Pigmentmangel hellblau. Auch die Haut des Körpers zeigt in einer scharfen Grenzlinie am unteren Rande des Rippenbogens und am Unterarm eine Farbendifferenz, indem die obere Partie heller gefärbt ist als die untere. Die Lanugohaare sind im Bereiche der pigmentarmen Haut weiß, ebenso büschelweise die Kopfhaare. Die Anomalie ist angeboren und stationär. Es besteht kein Anhaltspunkt für eine Vererbung.

2. **Kraurosis praeputii** mit Erosion und Wucherungen an der Stelle eines einstigen paraphimotischen Einschnürungsringes als senile Involution bei einem 65jähr. Mann.

Wertheim: **Essentielle Teleangiektasien.** 34jähr. Frau. Befallen sind Gesicht, obere Partie des Stammes, Lippen-, Wangen- und Gaumenschleimhaut; vor etwa 3 Jahren aufgetreten. Keine Anhaltspunkte für Lues. Vor 7 Wochen Endokarditis. Angeblich in den letzten 2 Jahren mehrere ähnliche, mit Fieber und Herzbeschwerden einhergegangene Erkrankungen. Histologisch: Geringe Rundzelleninfiltrate um erweiterte Kapillaren des Stratum subpapillare.

Urbach: **Spezifische Desensibilisierung eines allergischen Ekzems auf perkutanem Wege.** Vorstellung eines bereits in der Sitzung vom 10. III. 1927 vorgeführten Mädchens, das seit 3 Jahren ein schweres, gegen vom Pferde stammende Substanzen allergisches Ekzem darbot, das mit der normalen Therapie auch im Spitale nicht wesentlich gebessert werden konnte. Deshalb Versuch eines spezifischen Desensibilisierungsmittels perkutaner Auflage der Allergine (Pferdehaare, -schuppen, -mist, -serum, -schweiß). Nach etwa 5 Wochen erscheint die Desensibilisierung völlig gelungen, indem Pat. derzeit eine Auflage von Pferdehaarlösung objektiv und subjektiv völlig symptomlos

Digitized by Google

verträgt, dieselbe Auflage, die seinerzeit eine heftige Lokal- und Herdreaktion verursachte. Desgleichen kann Pat. jetzt ungestraft einen Pferdestall betreten, was früher sofort ein heftiges Jucken und Nässen zur Folge hatte. Die Desensibilisierung besteht bereits seit 10 Wochen. Es schließt sich diese gelungene spezifische Desensibilisierung eines allergischen Ekzems jenem in der Sitzung vom 20. X. 1926 vorgestellten Fall von As. Idiosynkrasie an (Zbl., 1927, Bd. 22, S. 313), der ebenfalls auf perkutanem Wege spezifisch desensibilisiert werden konnte. (Erscheint ausführlich.)

Freund: **Trypaflavinwirkung bei der Behandlung der männlichen Gonorrhoe.** Die nach den Angaben von Jausion, Diot, Vaucel und Vourexakis (Bull. de l'Acad. de Med., 1925, Bd. 93; Presse méd., 1926, Nr. 13 und 51) behandelten Patienten zeigten durchwegs Hyperpigmentation der dem Lichte ausgesetzten Körperpartien in einem Maße, die der von Riehl beschriebenen Kriegsmelanose und der von Oppenheim demonstrierten Teer- und Ölmelanose gleichkam. Einer von den demonstrierten Patienten weist außerdem graubraune Pigmentationen in Flecken bis über Bohnengröße an der Schleimhaut beider Wangen auf, die sich während der Behandlung entwickelten. Dies weist darauf hin, daß die Akridinfarbstoffe nicht allein die Haut gegen die chemisch wirksamen Strahlen des Sonnenlichtes sensibilisieren (Coup de lumière acridinique von Jausion), sondern auch — ähnlich wie dies Oppenheim bei der Teermelanose postulierte — in anderer Weise den Pigmentstoffwechsel beeinflussen müssen. Von den bisher behandelten 11 Patienten hielten nur 3 den chemischen und mechanischen Irritationsproben stand und blieben dauernd gonokokkennegativ. Bei den übrigen 8 gelang es entweder nicht, Gonokokkenfreiheit zu erzielen oder Gonokokken konnten nach Schwinden des Ausflusses und der Gonokokken nach den Reizproben wieder im Sekrete aufgefunden werden. Die Angaben Jausions, daß während der Behandlung niemals Komplikationen der männlichen Adnexe auftreten, konnte nicht bestätigt werden, da während der Behandlung in 2 Fällen eine parenchymatöse Prostatitis sich entwickelte. Interessant ist ferner, daß das Trypaflavin noch 8 Wochen nach der letzten Injektion durch eine Fluoreszenz im Harne zu erkennen war. Eine gewisse Wirkung auf die blennorrhoische Urethritis läßt sich daher dem Mittel nicht absprechen, wenn unser Urteil auch nicht so optimistisch wie das Jausions lautet.

Riehl sen.: **Eigenartige Hauttuberkulose.** (Wird ausführlich publiziert.)

Popper: **Lichen planus et acuminatus.**

Gruss: **Gummata subcutanea.** 56jähr. Patientin. Am rechten Vorderarm ein etwa handtellergroßer, ovaler Herd, der an der Peripherie braunrot, im Zentrum depigmentiert und atrophisch ist. Peripher derbe, knotige Infiltrate. Affektion besteht $1^1/_2$ Jahre. Differentialdiagnose: Sarkoid oder subkutane Gummen. SWR negativ. Luetin positiv, histologisch Gummata.

Kumer: 1. **Parapsoriasis?** 42jähr. Frau. Vor 17 Jahren nach Einnahme von 3 Pillen unbekannter Zusammensetzung, die ein Arzt in Brasilien verordnete, akut an einem Hautausschlag erkrankt, der abheilte, bald aber wieder rezidivierte. Im Jahre 1912 und 1913 lag die Patientin in der Klinik Riehl und zeigte damals schon die gleichen Erscheinungen wie heute, allerdings in etwas weniger ausgeprägtem Maße. 1924 wurde die Kranke von Rusch in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft mit der Diagnose Parapsoriasis vorgestellt. Dichtes, nur Kopf, Hände und Füße freilassendes Exanthem von meist stecknadelkopfgroßen, leicht erhabenen, gelbroten, auf Druck nicht immer ganz abblassenden Knötchen, von denen viele eine marienglasartige Schuppung zeigen. Diese Knötchen treten zu Ringen zusammen und sind so dicht gestellt, daß die normalen Hautpartien in einem Netzwerk kranker Stellen gelagert erscheinen. Insbesondere an den unteren Extremitäten findet man Teleangiektasien. Alte Lues, fast nicht behandelt, derzeit negative Serumreaktion. Morphologischer Blutbefund: o. B. Probeexzision: Erweiterung der Gefäße mit Anhäufung von Infiltratzellen um sie. Epidermis stellenweise verdünnt, deutlich parakeratotische Schuppenbildung.

2. **Pemphigus.** 64jähr. Mann, im Herbst 1926 das erstemal erkrankt. Die Erscheinungen damals abgeheilt, neuerliches Auftreten vor einem Monat. Eine reichliche urtikarielle Aussaat, daneben stecknadelkopfgroße Bläschen an Ohren, Hals, Armen und unteren Extremitäten. Bildung bis zu 10 cm im Durchmesser zählende Blasen am Fuße, deren Entstehung vielleicht mit einem heißen Bade in Zusammenhang gebracht werden kann. Nikolskisches Phänomen positiv. 6% Eosinophile.

Arzt: **Mycosis fungoides?** 67jähr. Frau mit scheibenförmigen, multiplen Herden am Körper, bei der Aufnahme sehr stark schuppend, psoriasisähnlich. Einzelne Herde infiltriert, stellenweise papillär gewuchert, so daß tumorähnliche Bilder resultieren.

Digitized by Google

Keine Drüsenschwellung, negativer Blutbefund. Histologisch: Mächtige Infiltrate durch alle Schichten der Kutis bis weit in die Tiefe reichend, von außerordentlich polymorphem Charakter, auch große, an die Mykosiszellen Paltaufs erinnernde zellige Elemente enthaltend.

Fuhs: 1. **Multizentrische Basalzellenepitheliome bei lymphatischer Leukämie.** 56jähr. Mann mit mächtigen Drüsenpaketen, speziell in Axilla und Inguine, Milz- und Leberschwellung, 38000 Leukozyten, darunter vorwiegend kleinzellige Lymphozyten. Hautkolorit blaßgelbbraun. Außer erbsengroßen, blauroten Infiltraten herrührend von intrakutanen Eigenblutinjektionen und einem papulo-vesikulösen Ekzem, an Stamm und Extremitäten ein längsovaler, etwa schillinggroßer, blauroter, flacher, scheibenförmiger Herd an der Außenseite des linken Oberarmes. Dieser zeigt einen zarten, leistenförmigen Randsaum aus perlschnurartig aneinandergereihten Knötchen. In der Gegend des Epigastriums eine über linsengroße, gleiche Plaque. An der Haut des Stammes sonst zahlreiche, flache und verruköse Pigmentnaevi. Biopsie aus der großen Plaque: Multizentrisches Basalzellenepitheliom. Nach klinischem und histologischem Aussehen stellen die beiden Krankheitsherde eine Überleitung zu den gutartigen multiplen Karzinoiden von höchstwahrscheinlich naevusartigem Charakter dar.

2. **Poikilodermie?** 50jähr. Mann. Beginn der Affektion im 5. Lebensjahr. Interner und Nervenbefund sowie zyst. Blutbild o. B. Nach der modifizierten Abderhaldenschen Methode gesteigerter Abbau von Thymus und Thyreoidea, in ganz schwachem Grade auch von Testis als Andeutung einer polyglandulären endokrinen Störung. An Hals, oberer mittlerer Brustpartie, besonders intensiv aber an der vorderen und hinteren Achselfalte, sowie an den Extremitäten eine fleck- und netzförmige bunte Marmorierung der Haut. Pigmentflecken, hell- und blaurote Punkte und Streifen teils aus erweiterten Gefäßen, teils mit Hämorrhagien und rotbraunen Stippchen, die auf Fingerdruck nicht ganz verschwinden, wechseln mit atrophisch verdünnten, vielfach oberflächlich schuppenden Stellen. Das Aussehen der Haut ist jenem nach Ablauf einer Röntgendermatitis nicht unähnlich, trotzdem Pat. angeblich niemals einer Röntgenbestrahlung unterzogen worden ist. Biopsie aus einer Partie des Oberarmes: Verschmälerung der Epidermis, Verstreichen des Papillarkörpers, stellenweise dichte Zellinfiltrate um stark erweiterte Kapillaren, völliges Schwinden der Elastika. Pathogenetisch waren gegebenenfalls innersekretorische Störungen bei eventueller keimplasmatisch bedingter Erkrankungsbereitschaft (frühzeitiger Beginn des Leidens) zu erwägen.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie

Juni 1927, Nr. 6

Louste, R. Cahen und P. Vanbockstael: **Au sujet de la présentation d'une adénite tuberculeuse sousmentale avec envahissement ulcéro-végétant de la peau** (Zu der Vorstellung einer tuberkulösen Submentaldrüsenentzündung mit geschwürigwuchernder Ausbreitung auf die Haut). S. 376. Bei der Vorstellung des Falles in der vorigen Sitzung war der Verdacht geäußert worden, daß es sich um eine Botryomykose handeln könne. Die histologische Untersuchung ergab unzweifelhafte Tuberkulose. Nach Behandlung mit Elektrolyse ist bereits wesentliche Besserung eingetreten.

Civatte: **A propos du procès verbal** (Zum Protokoll). S. 377. Gelegentlich der Besprechung über den histologischen Bau eines Tumors hatte C. sich in der vorigen Sitzung dahin ausgesprochen, daß es sich um einen bisher noch nicht beschriebenen Befund handelte, nämlich um ein Sarkom, dessen sämtliche Zellen Russelsche Körperchen enthielten. Dies muß dahin richtiggestellt werden, daß bereits 1920 E. v. Müller in der Frankf. Zschr. f. Path. Russelsche Körperchen in Sarkomen und Epitheliomen beschrieben hat.

Digitized by Google

A. Sézary und F. Benoist: **Action remarquable du traitement bismuthique dans deux cas de lupus érythémateux** (Bemerkenswerte Wirkung der Wismutbehandlung in zwei Fällen von Lupus erythematosus). S. 382. Die Wirkung des Wismuts trat bereits nach 2—3 Einspritzungen, also in gleicher Weise wie bei Syphiliserscheinungen auf, doch erfolgte die schließliche Heilung wesentlich langsamer. Die Wirkung des Salvarsans auf den Lupus erythematosus ist eine viel weniger prompte; diese verschiedene Wirkung des Wismuts und Salvarsans könnte gegen die Annahme einer syphilitischen Natur der Affektion verwertet werden. In den beiden Fällen lagen Anzeichen für eine kongenitale Syphilis vor. Es sollen möglichst alle Fälle von Lupus erythematosus mit Wismut behandelt werden, um den Umfang der zu erzielenden Heilungen festzustellen. Hudelo hat auch Besserungen gesehen, doch kommen Rezidive vor; Lortat-Jacob glaubt, daß nur eine Minderzahl von Fällen auf antisyphilitische, auch Wismutbehandlung anspricht.

Hudelo, Caillian und Mornet: **Lichen atrophique probable, à disposition zoniforme, du membre inférieur droit chez un enfant de 3 ans** (Vermutlicher Lichen atrophicus von zosteriformer Anordnung am rechten Bein eines 3jähr. Kindes). S. 385. Die Affektion hat vor einem Jahre begonnen und sich allmählich von oben nach abwärts weiterverbreitet, so daß sie jetzt von der Mitte des Gesäßes über das Bein und den Fußrücken bis zur 2. und 3. Zehe reicht. Die einzelnen Elemente zeigen einen verschiedenartigen Charakter, sie sind im allgemeinen rundlich oder ovalär mit unregelmäßiger Umrandung, am Gesäß erythematös, kaum schuppend, mit glatter, sehr leicht infiltrierter Haut, weiter abwärts weißlich, undeutlich narbig, dann wieder purpurfarben, bei Glasdruck nicht ganz abblassend oder mit einem blasseren, eingesunkenen, von einem stärker gefärbten, infiltrierten Rande umgebenen Zentrum, am Fußrücken und den Zehen bräunlich, etwas erhaben, lupoid, jedoch ohne Nachweis von Lupusknötchen. Der histologische Befund erinnert an Lichen atrophicus, ist jedoch nicht ganz eindeutig.

Hudelo, Mornet und Caillian: **Glossite avec plaques leucoplasiformes et épidermite microbienne faciale chez deux frères hérédo-syphilitiques; parallélisme morbide** (Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques und parasitäre Dermatitis im Gesicht bei zwei Brüdern mit kongenitaler Syphilis; Krankheitsparallelismus). S. 387. Die beiden 13 und 14 Jahre alten Brüder mit ziemlich übereinstimmenden Stigmata kongenitaler Syphilis, der eine mit schwach positiver, der andere mit negativer WR, zeigen mehrfache derbe Indurationen an der Zungenoberfläche und den Rändern, auf denen sich gelblichweiße, an Leukoplakie erinnernde Flecke finden. Das histologische Bild der Infiltrate mit obliterierender Endarteriitis und Perivaskulitis, hyaliner Degeneration der Gefäßwand, Schwinden des elastischen Gewebes und der Drüsen stimmt mit der Annahme einer syphilitischen Affektion überein. Danach könnte man auch die Flecken als Leukoplakie auffassen, jedoch spricht dagegen ihr etwas gelbliches Aussehen, auch fand sich in ihnen keine Keratinisierung der Schleimhaut, vielmehr bestehen sie aus einem fibrinoiden Gewebe mit Wanderzellen, Zelltrümmern und Mikrobenhaufen. Diese Mikrobeninfektion findet sich außerdem noch in Form einer hartnäckigen Dermatitis im Gesicht. Das übereinstimmende Terrain hat also hier sowohl den Spirochäten wie banalen Mikroben günstige Bedingungen geschaffen.

Hudelo, Garnier und Caillian: **Psoriasis hyperkératosique avec papillomatose et cornes cutanées, lésions linguales de nature indéterminée** (Hyperkeratotische Psoriasis mit Bildung von Papillomen und Hauthörnern; unbestimmbare Läsionen an der Zunge). S. 389. Es finden sich ausgedehnte Erscheinungen von Psoriasis, die stellenweise den Eindruck einer psoriasiformen Parakeratose macht. An Händen und Füßen besteht das Bild einer extremen Keratodermie, daneben bestehen noch papillomatöse Wucherungen und an der einen Hand Hauthörner. Die Zunge ist tief gefurcht, stellenweise hart, an der Oberfläche finden sich gelblichweise girlandenförmige Zeichnungen, die einer Leukokeratose zu entsprechen scheinen. Das histologische Bild läßt keine bestimmte Diagnose stellen. Darier ist der Ansicht, daß, abgesehen von der wohl am übrigen Körper bestehenden Psoriasis, es sich an den Extremitäten um eine Erythro-Keratodermia verrucosa progressiva handelt, bei der Hauthörner häufig sind.

Milian und Lenormand: **Epithélioma cutané volumineux** (Umfangreiches Hautepitheliom). S. 394. An beiden Seiten des Halses ausgedehnte gewucherte Massen, die zum Teil den Eindruck von Geschwulstbildungen an den Drüsen machen. Außerdem finden sich zahlreiche keratotische Plaques, aus denen die Neubildung durch maligne Proliferation hervorgegangen ist. Die in der Nähe gelegenen Digestions- und Respirations-

Digitized by Google

organe sind vollkommen frei von Veränderungen. Histologisch ergibt sich Spindelzellenepitheliom.

Milian und Lenormand: **Malade présenté antérieurement, atteint d'une érythrodermie vésiculo-oedémateuse datant de 8 mois et guéri par l'extirpation chirurgicale de nodosités bismuthiques intrafessières** (Früher vorgestellter Kranker mit einer seit 8 Monaten bestehenden vesikulös-ödematösen Erythrodermie; Heilung durch chirurgische Entfernung von Wismutknoten im Gesäß). S. 395. Nachdem bei dem früher vorgestellten Kranken (Bull., 1927, Nr. 3, S. 162; Ref. Derm. W., 1927, Bd. 85, S. 1004) die ausgedehnte Erythrodermie allen Behandlungen widerstanden hatte, wurden die röntgenologisch im Gesäß nachgewiesenen Depots chirurgisch entfernt. Der Verlauf war durch Blutungen und Fieber infolge eines vereiterten Hämatoms kompliziert, doch ging die Erythrodermie unmittelbar nach der Operation zurück. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Stücke ergab Wismut, kein Quecksilber.

Milian und Delarue: **Elephantiasis vulvaire** (Elephantiasis vulvae). S. 396. Elephantiastische Vergrößerung des rechten großen Labiums mit Narben und Abszessen, elephantiastische Verdickungen der Femoralfalten mit Ulzerationen, die sich bis zum After erstrecken; keine Rektalstriktur. Das Bild entspricht dem des Ano-Rektalsyphiloms, doch wird es in diesem Falle von der Elephantiasis des großen Labiums beherrscht, was jedenfalls mit einer vor 2 Jahren vorgenommenen Leistendrüsenexstirpation zusammenhängt. Die syphilitische Ätiologie dieser Erkrankung wird von mancher Seite bestritten, doch konnten hier die sonst in Betracht kommenden Affektionen (Ulcus molle, Tuberkulose) ausgeschlossen werden; hingegen liegt eine alte Syphilis vor, und es besteht die Notwendigkeit einer antisyphilitischen Behandlung, die in derartigen Fällen erst nach längerer Zeit mit wechselnden Mitteln fortgesetzten starken Kuren zum Ziele führt. In der Besprechung geht die Ansicht der Mehrzahl dahin, daß doch nur ein, und vielleicht der kleinere Teil der Fälle mit Syphilis in Beziehung steht.

Milian und I. Delarue: **Chancre tuberculeux chez un nourrisson** (Tuberkulöser Schanker bei einem Säugling). S. 398 Kind von 7 Monaten zeigt an der Ohrmuschel eine einer Tuberculosis verrucosa ähnelnde Affektion, vor dem Ohr eine käsige Drüsenvereiterung. Das Kind zeigt sonst keinerlei Zeichen von Tuberkulose, auch die Eltern sind gesund. Es handelt sich um einen Primärschanker, der durch zufällige (hier nicht nachweisbare) Übertragung von einer kranken Person zustande gekommen ist.

Milian und Lenormand: **Leucoplasie et taches mélaniques associées sur la muqueuse buccale** (Leukoplakie und melanotische Flecke kombiniert an der Mundschleimhaut). S. 401. Kranker mit nodösem Syphilid, das von früheren Eruptionen Narben hinterlassen hat, die von Hyperpigmentierungen umgeben sind. An der Mundschleimhaut, besonders an den Wangen, verästelte melanotische Flecke neben Leukoplakie. Die Pigmentierungen sind ebenso wie die auf der Haut wohl von der Syphilis hervorgerufen und stehen nicht in Beziehung zu der Herkunft des Kranken (Algier). Störungen der Nebennierenfunktion nicht nachweisbar. In der Besprechung werden die Flecke doch als ethnischer Natur betrachtet.

Lotte: **Vaste angiome en tumeur du bras chez un nouveau-né** (Umfangreiches geschwulstartiges Angiom am Arm eines Neugeborenen). S. 402. Gleich nach der Geburt festgestellte orangengroße, weinfarbene Geschwulst, die fast den ganzen Oberarm umgibt. Sie ist von weicher Konsistenz, zeigt örtlich erhöhte Temperatur, ist verschieblich, haftet dem Knochen nicht an. Proximal ist sie von der benachbarten Haut durch eine tiefe Furche abgegrenzt. Mit Rücksicht auf diese könnte ein amniotischer Strang als Ursache des Tumors angenommen werden; für die Syphilis, die als Ursache gewisser Pigment- und Gefäßnaevi gilt, fanden sich weder beim Kind noch bei den Eltern Anhaltspunkte. Es scheint bisher eine gewisse spontane Regression stattgefunden zu haben.

Louste, R. Cahen und P. Vanbockstael: **Hémorragies des muqueuses utérine et pituitaire consécutives à trois injections d'une faible dose de novarsénobenzol** (Hämorrhagien der Schleimhäute, besonders der Uterusschleimhaut nach drei schwachen Salvarsaneinspritzungen). S. 404. Frau mit frischer Syphilis, stark entwickelten Sekundärerscheinungen. 3 Novarsenobenzoleinspritzungen 0,15—0,3—0,45; schon nach der zweiten Frösteln, Unbehagen, nach der dritten stärkere Erscheinungen, Erbrechen, Fieber, Kongestionen. Sodann starke Gebärmutterblutungen, zuerst als verstärkte Menses, dann auch als Metrorrhagien, ferner Nasenbluten. Keine Hautblutungen. Verlängerte Blutungszeit, verzögerte Koagulation, unvollkommene Zusammenziehung des Blutkuchens. Unter entsprechender Behandlung schwinden die Erscheinungen, die sicher eine Folge des

Digitized by Google

Salvarsans, allerdings wohl bei einem durch die Syphilis geschädigten hämatopoetischen System waren.

Louste, Caillau, R. Cahen und P. Vanbockstael: **Purpura simplex à évolution chronique des membres inférieurs** (Purpura simplex der unteren Extremitäten mit chronischer Entwicklung). S. 407. Die Purpura zeigte eine sehr eigenartige Entwicklung, indem sie in symmetrischer Weise ausschließlich die Schenkel betraf; die betroffenen Stellen blaßten zwar mit der Zeit etwas ab, doch traten, und zwar nur an ihnen, wieder neue Blutungen auf. Blutungszeit $2^1/_2$ Min., Gerinnungszeit auf 20 Min. verlängert. Blutplättchen zahlreich. Der dem bei Purpura entsprechende histologische Befund gibt keinen Aufschluß über die Eigenart des Falles.

Louste, Dupuy-Dutemps und Thibaut: **Lupus tuberculeux de la paupière supérieure gauche et de la région sourcillière traité avec succès par l'exérèse chirurgical avec greffe** (Lupus des linken oberen Augenlides und der Augenbrauengegend erfolgreich durch chirurgische Exstirpation mit Transplantation behandelt). S. 410. Die chirurgische Behandlung war in diesem Falle die einzig mögliche, da jede andere zu sehr störenden Narbenbildungen geführt hätte, während so die Überpflanzung eines Lappens vom Oberschenkel ein ausgezeichnetes kosmetisches Resultat ergab; das transplantierte Stück ist bisher, 10 Monate nach der Operation, frei von tuberkulösen Veränderungen geblieben.

Jeanselme und Burnier: **Erythème annulaire centrifuge** (Erythema annulare centrifugum). S. 413. Die Eruption hat sich vom Hals und dem Gesicht aus auf Arme, Rumpf, Gesäß, Beine ausgebreitet. Sie beginnt mit einer rötlichen Papel, deren Zentrum einsinkt, so daß sich ein Ring bildet, der sich vergrößert, zerbricht und bogen- und girlandenförmige derbe, rote Schwellungen hinterläßt, während das Zentrum sich bis zum Niveau der gesunden Haut abflacht und eine düster bläuliche Farbe annimmt. Keine Bläschenbildung, nicht die geringste Schuppung. Die Eruption ist fast symmetrisch, erstreckt sich über große Flächen, wechselt ständig Ausdehnung und Ort. Keine Zeichen kongenitaler Syphilis, Pirquet positiv. Nach Wismuteinspritzungen Schwinden, doch Wiederauftreten, wenn auch in abgeschwächter Form. Die Krankheit stimmt mit dem zuerst von Lipschütz als Erythema chronicum migrans beschriebenen Bilde überein, zu dem aber von manchen Autoren in vielen Beziehungen abweichende Fälle gerechnet werden.

Burnier und Rejsek: **„Lichen nitidus."** S. 417. Der Lichen nitidus ist nach seinen klinischen Erscheinungen (Papeln kleiner als die des Lichen planus, weniger ausgesprochene Rötung, Effloreszenzen einzeln bleibend, keine Beteiligung der Mundschleimhaut) und dem histologischen Befunde (tuberkuloides Knötchen mit Riesenzellen) von dem Lichen planus abzugrenzen und der Gruppe der Tuberkulide zuzuzählen. Behandlung hier mit Tuberkulin und Natrium cacodyl., wonach Rückgang, doch kein völliges Schwinden; Heilung nach Röntgenbestrahlungen.

A. Sézary und F. Benoist: **Erythrodermie grave après une seule injection d'iodo-bismuthate de quinine** (Schwere Erythrodermie nach einer einzigen Einspritzung von Jod-Chinin-Wismut). S. 419. Die Wismuterythrodermien kommen häufig, jedoch nicht immer bei Personen vor, die Arsenintoleranz zeigen. Hier trat bei einer 74jähr. Frau, die vor vier Jahren Salvarsan gut vertragen hatte, nach der ersten Einspritzung von Jod-Chinin-Wismut wegen eines syphilitischen Unterschenkelgeschwürs eine ausgedehnte Erythrodermie mit Ödem und Blasenbildung auf; die Kranke ging unter allgemeinen und Lungenerscheinungen zugrunde.

Kitchevatz: **La réaction d'Herxheimer locale dans un cas de vitiligo** (Örtliche Herxheimersche Reaktion in einem Falle von Vitiligo). S. 420. Bei der Kranken haben sich seit 2 Monaten an der linken Halsseite sehr schnell Vitiligoflecke entwickelt, von denen die unteren reine Depigmentierung, die oberen außerdem ein Erythem zeigen; nach dem Ohrläppchen zu erythematöse Flecke ohne Depigmentierung. WR negativ. Nach einer Salvarsaneinspritzung zeigte sich auch an den unteren Flecken ein Erythem, das an den oberen war stärker ausgeprägt; diese Erscheinung nahm nach einer zweiten Einspritzung noch zu. Der Fall bestätigt die Anschauung, daß bei der Vitiligo ein primäres Erythem von roseolaartigem Charakter der sekundären Depigmentierung vorausgeht und spricht mit der Herxheimerschen Reaktion für die syphilitische Natur der Vitiligo.

Kitchevatz: **Phlébite gonococcique de la veine saphène traitée et guérie par injections du vaccin dans la veine malade** (Gonokokkenphlebitis der Vena saphena, mit Vakzineeinspritzungen in die erkrankte Vene behandelt und geheilt). S. 423. Bei

Digitized by Google

akutem Tripper einer Frau entwickelte sich eine Lymphangitis der Gefäße in der Inguinalgegend und im Anschlusse daran eine Phlebitis der Vena saphena. Vakzineeinspritzungen beim ersten Male in die Vena cubitalis, bei den weiteren in die erkrankte Vena saphena unter Kompression derselben. Es wird angenommen, daß diese Einspritzungen zur Heilung der Phlebitis infolge einer örtlichen Immunisierung führten, zumal bei einem in Form einer Bartholinitis aufgetretenen Rezidiv die Vene frei blieb.

Ch. Audry: **Traitement du „pityriasis versicolor" par la frotte** (Behandlung der Pityriasis versicolor durch Frottieren). S. 426. Diese alte Behandlung der Krätze scheint für die Pityriasis versicolor sehr geeignet.

Ch. Audry und Vieu: **Anésthésie locale dans le curetage de l'utérus blennorrhagique** (Örtliche Anästhesie bei dem Kurettement der tripperkranken Gebärmutter). S. 426. Die Dilatation zum Zwecke des Kurettements der tripperkranken Gebärmutter muß ziemlich häufig vorgenommen werden, wenn man wirkliche Heilung erzielen will. Dabei ist örtliche Anästhesierung sehr wohl möglich; entweder an 4 Punkten der Zervix Einspritzung von je 1 ccm 1%iger Butellinelösung oder auch an 2 gegenüberliegenden Punkten der Zervix je 1 ccm 1%ige sowie in die Zervixhöhle einige Tropfen einer 5%igen Lösung. Reaktionen an den Adnexen vermeidet man, indem man vor dem Kurettement 2—3 Einspritzungen eines Gonokokkenvakzins gibt, sowie weitere während der Dauer der Behandlung.

L. Danel: **Hidradénomes éruptifs.** S. 427. Bei der Kranken waren im Jahre 1916 an der Vorderseite des Thorax ungefähr 20 papulöse, derbe, glatte, nicht schuppende, unregelmäßig verteilte Effloreszenzen festgestellt worden, deren histologischer Befund der Diagnose entsprach. Jetzt ist der größte Teil verschwunden, es finden sich nur einige stecknadelkopfgroße, ihrer Natur nach zweifelhafte Effloreszenzen zwischen spärlichen anderen, sicher akneiformen und entzündlichen. E. Levin-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 52, Nr. 6

Essais de vaccinothérapie dans le chancre mou et ses complications (Über Vakzinebehandlung des weichen Schankers und seiner Komplikationen), von S. Nicolau und A. Banciu-Bukarest. S. 401. Angewandt wurden zwei verschiedene Sera, die aus isolierten Streptobazillenkulturen hergestellt wurden. Die Erfolge waren durchaus befriedigend. Von 61 damit behandelten Kranken wurden 52 geheilt (85%). Ähnlich günstige Erfolge ergab auch die Behandlung der Bubonen, unter der Voraussetzung, daß sie frühzeitig genug zur Behandlung kamen. Waren sie bereits in Eiterung übergegangen, waren die Ergebnisse weniger günstig. Die Leichtigkeit, mit der der Streptobazillus in dem angegebenen Nährboden gezüchtet werden kann, erlaubt bei Bedarf auch die Herstellung einer Autovakzine. Nebenerscheinungen sind bei dem Verfahren nicht aufgetreten.

Considérations sur les accidents dans les injections gonacriniques intraveineuses (Über unangenehme Zufälle bei intravenösen Gonakrineinjektionen), von Melun-Bukarest. S. 428. Unter den leichten Erscheinungen sind zu nennen während der Einspritzung auftretende Rötung des Gesichts mit Hämmern in den Schläfenschlagadern. Übelkeit und Erbrechen ließ sich vermeiden, wenn der Kranke bei der Einspritzung lag und die Ruhelage noch einige Minuten nachher eingehalten wurde. Weiter wurde beobachtet Trockenheit im Halse, Erytheme an Gesicht und Händen, die allerdings vermieden werden können, wenn man vor der Einspritzung zwei Kapseln Resorzin zu 0,25 gibt. Unter den ernsteren Komplikationen wurde einmal ein mehrstündiger, sehr starker Schüttelfrost bemerkt, der von Erbrechen und einer allgemeinen Urtikaria begleitet war, mit Temperaturen von 40°, 1% Albumen und sehr schlechtem, ungefähr 8 Tage anhaltendem Allgemeinbefinden. Im Urin fanden sich außer Epithelien hyaline Zylinder.

Le traitement des urétrites blennorragiques par les arsénobenzènes en application intra-urétrale (Die intra-urethrale Behandlung der blennorrhoischen Harnröhrenentzündungen mit Arsenobenzolverbindungen), von Mouradian-Basra. S. 432. Verf. hat bei akutem und chronischem Tripper eine Lösung von 0,90 Neotreparsenan in 5 ccm Wasser mit gutem Erfolg in die Harnröhre eingespritzt. Ohne Unannehmlichkeiten konnten die Kranken die Lösung $^1/_2$ Stunde oder mehr in der Urethra halten. Günstiger

Digitized by Google

war noch die Wirkung, wenn dieser Behandlung am Vortage eine Einträufelung einer 1—5%igen Argentum-nitricum-Lösung vorausgeschickt wurde, wodurch das Arsen intensiver auf die des Epithels beraubte Schleimhaut wirken konnte.

Chancre mou ecthymateux croûteux (Ekthymaähnliches, mit einer Kruste bedecktes Ulcus molle), von H. Gougerot. S. 440. Beschreibung eines durchaus atypischen Falles von Ulcus molle, das zuerst als harter Schanker imponierte, bei dem niemals Spirochäten gefunden wurden und die WR dauernd negativ blieb; dagegen fanden sich reichlich Streptobazillen. Ätzung mit Chlorzink, Kalomelsalbe. Heilung.

F. Landauer-Berlin.

Venerologia und Dermatologia (Moskau)

1927, Nr. 8

Zur Behandlung der resistenten Syphilisfälle, von Berson. Zur Behandlung der resistenten Syphilisfälle muß, außer den spezifischen Mitteln, welche in verschiedener Kombination, unter anderem auch nach der Almkvistschen permanenten Methode, anzuwenden sind, auch die nicht spezifische bzw. Reiztherapie herangezogen werden. Es gibt keine absolut resistenten Syphilisfälle.

Zur Klinik der Orchi-Epididymitis syphilitica, von Bobowitsch und E. Linde. Unter 1478 Fällen von akquirierter Syphilis bei Erwachsenen sahen die Verff. im Staatl. Venerolog. Institut zu Moskau 9 Fälle von doppelseitiger und 4 Fälle von einseitiger syphilitischer Orchi-Epididymitis, d. h. erstere in 0.6%, letztere in 0,4% der Fälle.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Sklerodermie, von Golschmied. Ein 17jähr. Mädchen mit Sclerodermie en bandes. Die Thyreoidea erwies sich vergrößert und hart. Die Sella turcica zeigte röntgenologisch keine Abweichungen von der Norm. Unter teils Röntgenbestrahlung, teils Quarzlampenbestrahlung der Schilddrüse trat eine sichtbare Verkleinerung der Schilddrüse und Rückgang der Sklerodermie ein, so daß Verf. die Sklerodermie auf Störungen des endokrinen Systems zurückführt, zumal nach späterer Verheiratung der Kranken die Besserung weiter zunahm.

Zur Kasuistik der Dermatitis herpetiformis Duhring, von Beizach. Bei dem 31jähr. Kranken mit Dermatitis herpetiformis fand sich schwach ausgeprägter Hyperthyreoidismus und allgemeine Steigerung der Reizbarkeit des Vagus. Unter 13 Bestrahlungen mit Bachscher Lampe trat anscheinende Heilung ein.

Die chronische Bartholinitis, von Lapschin. Im Laufe des Jahres 1926 passierten die Abteilung des Tomsker Vendispansairs für tripperkranke Frauen 596 erstmalig Kranke, von denen 10 eine akute und 169 eine chronische Bartholinitis hatten, d. h. 29,6%. Unter diesen waren 91 Fälle von doppelseitiger, 46 von rechtsseitiger und 32 von linksseitiger Bartholinitis. Eine seröse Absonderung lag in 21, eine eitrige in 10 Fällen vor, unter denen es in 7 zu einer Abszeßbildung kam. In 117 der 169 Fälle ließ sich ein blennorrhoischer Ursprung nachweisen, d. h. in 69%. Am häufigsten bildet sich die Bartholinitis in der 3. Woche der Erkrankung an Tripper aus.

Die Behandlung der blennorrhoischen Vulvovaginitis bei Kindern mit dem Besredkaschen Filtrat einer Gonokokken-Bouillonkultur, von Greibo. Die Resultate waren unbefriedigend.

Die Serodiagnostik der Syphilis nach der Kaupschen Methode, von Jaskolko. Trotzdem Verf. die große Empfindlichkeit der Kaupschen Methode anerkennt und ihre Bedeutung für Lehrzwecke hervorhebt, hat sie infolge ihrer Umständlichkeit keinen großen praktischen Wert.

Ein Beitrag zur Frage des Geschlechtslebens der zeitgenössischen Jugend, von Geft. Die im Jahre 1925/26 unter den Zöglingen der höheren Lehranstalten in Shitomir angestellte Umfrage ergab, daß der Geschlechtssinn bei den Buben in 31,7%, bei den Mädchen in 17% vor dem 10. Lebensjahr erwacht. Den ersten Geschlechtsverkehr hatten bereits 10% der männlichen und 8% der weiblichen Jugend vor dem 13. Lebensjahr ausgeübt. Ein reguläres Geschlechtsleben der vorwiegend im Alter vor dem 21. Jahre stehenden Zöglinge führten 70% der männlichen und 22% der weiblichen Jugend. Verehelicht waren bereits 11% der männlichen und 15% der weiblichen Personen. Keusch traten in die Ehe 10% der Männer und 66% der Frauen.

A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

The American Journal of Syphilis

1927, Bd. 11, Nr. 1

The Use of Tryparsamide in Neurosyphilis (Der Gebrauch des Tryparsamids bei der Nervensyphilis), von S. I. Schwab und L. D. Cady-St. Louis. S. 1. Tryparsamid wurde in Form von 1—9 Kuren gegeben, von denen jede aus 6—10 Injektionen bestand. Bei 68% der behandelten Paralytiker war völlige Erholung oder zum mindesten wieder ein gewisser Grad von wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit erreicht worden. Bei 78% der behandelten Paralytiker Stillstand oder klinische Besserung. Verff. erkennen die Bedeutung der Malariatherapie an, halten jedoch die Tryparsamidbehandlung für die Methode der Wahl.

Observations on the Use of Plasmodium Vivax in the Treatment of Cerebrospinal Syphilis (Beobachtungen beim Gebrauch von Malariaplasmodien bei der Behandlung der zerebrospinalen Syphilis), von J. H. St. John-Washington. S. 14. Zur Verwendung kamen 2 Stämme von Malaria tertiana, die im ganzen 20 Patienten eingeimpft wurden. Ein einwandfreies Urteil ließ sich nach einem Jahr nur über 3 Paralytiker fällen, bei denen weder eine Besserung noch eine Verschlechterung zu bemerken war.

The Racial Prospect of General Paralysis (Paralyse und Rasse), von L. Kanner-Yankton, South Dakota. S. 23. Die Verteilung der Paralyse unter den verschiedenen Rassen zeigt, daß die Paralyse nur eine Episode im historischen Verlauf der Syphilis bildet, die etwa 200—300 Jahre nach der Infektion einer Nation auftritt und etwa zwei Jahrhunderte bei dieser Nation dann bleibt. Während dieser Zeit tritt ein langsames Anwachsen in der Häufigkeit der Erkrankungen ein. Nach dieser Zeit sei wieder ein langsames Zurückgehen bemerkbar.

The Treatment of General Paralysis (Die Behandlung der Paralyse), von J. A. Jackson und G. B. M. Free-Danville. S. 31. Kurze Zusammenfassung.

Clinical Differentiation Between Early and Late Manifestation of Syphilis of the Nervous System (Klinische Unterscheidung von Früh- und Späterscheinungen der Nervensyphilis), von E. D. Fisher-New York. S. 35. Verf. verlangt Behandlung aller Fälle von Nervensyphilis, da oft erst die Erfolge der Therapie die Differentialdiagnose ermöglichen.

The Sugar and Chloride Content of the Cerebrospinal Fluid with Special Reference to Neurosyphilis (Der Zucker- und Chlorgehalt des Liquor cerebrospinalis mit besonderer Berücksichtigung der Nervensyphilis), von S. W. Becker-Rochester. S. 37. Es gelang dem Verf. nicht, wie anderen Autoren, besonders niedrige Werte von Zucker im Liquor bei Neurosyphilis zu finden, die bei der Behandlung dann deutlich anstiegen. Auch wurden keine Feststellungen gemacht, die für die Prognose irgend einen Wert hätten, obwohl die Beobachtungen über $1^1/_2$ Jahre fortgesetzt wurden. Was den Chlorgehalt anbetrifft, so erwies er sich im Liquor in allen Fällen von Nervensyphilis als normal.

Intravenous Iodides as an Adjunct to Syphilitic Therapy (Intravenöse Jodbehandlung als Unterstützung der Syphilistherapie), von L. L. Schwartz und G. J. Busman-Pittsburgh. S. 51. Verff. verwenden eine 10%ige Jodnatriumlösung, von der sie 25 ccm intravenös injizieren. Die Dosis wird täglich um 25 ccm gesteigert bis zu 100 ccm. Im ganzen werden etwa 30 Injektionen gegeben. Gleichzeitig täglich eine Injektion von löslichem Hg. Bei 13 zu dieser Behandlung ausgewählten Fällen waren die Resultate ausgezeichnet. Die WR wurde in allen Fällen negativ und die klinischen Erscheinungen schwanden oder besserten sich wesentlich. Irgend welche ernsteren Komplikationen durch zu hohe Jodgaben wurden nicht beobachtet.

The Incidence of Syphilis in Bronchial Asthma (Das Vorkommen von Syphilis bei Bronchialasthma), von M. A. Ramirez und A. V. St. George-New York. S. 59. Die Beobachtungen der Verff. haben ergeben, daß Syphilis unter Asthmatikern nicht besonders häufig ist, insbesondere konnte bei keinem Fall Syphilis der Lungen festgestellt werden. Syphilis ist sicher kein ätiologischer Faktor für Bronchialasthma. Bei Vorkommen beider Erkrankungen wird das Asthma durch antiluetische Behandlung nicht beeinflußt.

Spirochetal Bronchitis. Report of a Case Successfully Treated with Arsphenamine (Bronchitis durch Spirochäten. Bericht eines Falles. Erfolgreiche Behandlung mit Arsphenamin), von J. W. Visher-Twin Falls, Idaho. S. 65. Verf. berichtet

Digitized by Google

über einen Fall von purulenter Bronchitis, der durch eine Mischinfektion mit Spirochäte Plaut-Vincent und dem Bacillus fusiformis verursacht war. Prompte Heilung auf Neoarsphenamin intravenös.

The Primary Manifestations of Syphilis in Women (Die ersten Zeichen der Syphilis bei Frauen), von P. F. Stookey-Kansas City. S. 68. Verf. weist insbesonder auf das nicht seltene Vorkommen von einer Art Oedema indurativum an der Cervix uteri hin. Sonst nichts Besonderes.

The Effect of Treatment of the Syphilitic Pregnant Woman Upon the Incidence of Congenital Syphilis (Die Wirkung der Behandlung bei syphilitischen schwangeren Frauen auf das Vorkommen von kongenitaler Syphilis), von D. L. Belding-Boston. S. 73. Verf. fordert unbedingte Behandlung aller luetischen oder auf Lues verdächtigen Schwangeren. Seine Resultate bei diesem Prinzip waren gut. Selte bei Müttern mit klinisch positiver Syphilis war die Zahl der anscheinend gesund geborenen Kinder 43,4%. Besonders auffallend war der Rückgang der Zahl von Totgeborenen.

Bismuth Absorption, Distribution, and Elimination. Tl. I. A Comparative Study of Insoluble Bismuth Preparations (Wismutresorption, Verteilung und Ausscheidung. Teil I. Eine vergleichende Studie über unlösliche Wismutpräparate), von O. M. Gruhzit, F. H. Tendick und J. A. Sultzaberger. S. 87. Die Untersuchungen wurden an Hunden durch Verwendung von Wismutsalizylat, Wismutkaliumtartrat und Wismutoleat gemacht. Die Ausscheidung erfolgte zu 80% durch den Urin, und nur zu 20% durch die Fäzes. Nieren und Milz enthielten 3—6mal mehr Wismut als sonst irgendwo im Körper gefunden wurde. Die stärkste Ausscheidung fand am Ende der 1. und am Beginn der 2. Woche statt. Wismut wurde im Gehirn und in der Rinde gefunden, ganz gleich, ob die Untersuchung 80 oder 180 Tage nach der Behandlung gemacht wurde.

Tl. II. A Study of a Water-Soluble Sodium Bismuth Thioglycollate (Eine Studie über wasserlösliches Wismutthioglykollat), von O. M. Gruhzit und J. A. Sultzaberger. S. 103. Die Untersuchungen ergaben, daß nach 6 Stunden das Wismut jedes Organ und jedes Gewebe im Körper erreicht hatte. Die Konzentration war nach 6 Stunden ungefähr dieselbe wie nach 25 Tagen. Das Mittel fand sich in besonders hohen Mengen im Knochen, höher als in anderen Organen, Milz und Nieren ausgenommen. Die Ausscheidung erfolgte zu 65% durch den Urin und zu 35% durch die Fäzes.

Unrecognized Syphilitic Myocarditis (Nicht erkannte syphilitische Myokarditis), von C. E. Henry-Minneapolis. S. 116. Hauptsymptome sind Herzschmerzen, Arhythmien, geringer Blutdruck und niedriger Hämoglobingehalt. Was die Therapie betrifft, so rät Verf. vom Salvarsan ab und empfiehlt Hg, Jod und Eisen.

Bone Changes in Congenital Syphilis (Knochenveränderungen bei kongenitaler Syphilis), von J. W. Lindsay, E. C. Rice und M. A. Selinger-Washington. S. 118. Röntgenaufnahmen und 7 Krankengeschichten. Besonders häufig die Veränderungen bei Kindern unter einem Jahr.

The Inhalation of Perfume or Smelling Salts During the Administration of Neoarsphenamine to Prevent its Disagreeable Odor (Die Inhalation von Parfüm oder von wohlriechenden Salzen während der Anwendung von Neoarsphenamin, um den unangenehmen Geruch zu verdecken), von E. G. Bellenger und O. F. Elder-Atlanta, Ga. S. 127. Gute Erfahrungen, kein Erbrechen oder Übelkeiten.

The Complement-Fixation Reaction in Tertiary Syphilis (Die Komplementfixation-Reaktion bei tertiärer Syphilis), von H. B. Decker-Camden, N. J. S. 128. Bei 332 als tertiäre Syphilis diagnostizierten Fällen wurde eine zweimalige Blutuntersuchung vorgenommen. In 85,2% waren beide Komplementfixationen positiv. In 7.5% war die erste Untersuchung positiv, die zweite negativ. Von diesen erwiesen sich 0.6% als nicht syphilitisch. Zwei negative Resultate bei erwiesener Syphilis.

Comparison of the Kahn Precipitation Test and the Kolmer Complement-Fixation Test, with Consideration of the Difficulties in the Diagnosis of Socalled Latent Syphilis (Vergleich der Kahnschen Flockungsprobe mit der Kolmerschen Komplementfixation und eine Betrachtung über die Schwierigkeiten bei der Diagnose der sogenannten latenten Syphilis), von S. W. Becker-Rochester. S. 131. Die Untersuchungen haben ergeben, daß die Kahnsche Reaktion gleichförmiger in den Resultaten ist und rascher bei Behandlung ins Negative umschlägt. Jedoch ergibt die Kolmersche Reaktion positive Resultate in Fällen, wo die Kahnsche negativ bleibt, bisweilen auch umgekehrt. Verf. empfiehlt deshalb die Vornahme beider Untersuchungen.

Digitized by Google

Comparison of the Kahn Precipitation Test, the Meinicke Precipitation Test, and the Ruediger-Wassermann Test (Vergleich der Kahnschen Flockungsreaktion, der Meinicke-Flockungsprobe und der Rüdiger-Wassermann-Probe), von E. H. Rüdiger-Hollywood, Calif. S. 140. Die Paralleluntersuchungen wurden an 311 Seren angestellt. 211 Fälle ergaben mit allen Methoden negative Resultate, von diesen waren klinisch diagnostizierte Lues 4. Die übrigen 100 Serumpositiven waren klinisch sämtlich als Lues festgestellt. Es gaben alle ein positives Resultat nach der Rüdiger-Wassermann-Methode. Nach Kahn waren 69 positiv und nach Meinicke 62.

The Use of Isopropyl Alcohol in the Preparation of Wassermann Antigens (Der Gebrauch von Isopropylalkohol bei der Zubereitung von Wassermannantigen), von R. M. Isham. S. 146. Der Isopropylalkohol zeigt höhere Antigenkraft und erweist sich als weniger antikomplementär. Außerdem gibt er einen vollkommeneren Extrakt von den azeton-unlöslichen Lipoiden des normalen Gewebes. Kommt endlich als letzter Vorteil ein Preisunterschied und für Amerika die leichtere Beschaffung hinzu.

E. Rosenbaum-Berlin.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 52, Nr. 7

Anaphylaxie et sensibilisation au bismuth (Anaphylaktische Empfindlichkeit gegen Wismut), von H. Gougerot und E. Peyre. S. 181. Beobachtet wurden: Nitritoide Krisen, Urtikaria und Pruritus, Stomatitiden, Ödem und Schmerzen an der Einspritzungsstelle und endlich Allgemeinerscheinungen, wie Schüttelfrost, Fieber, Kopfschmerz und Erbrechen. Wichtig ist, daß eine nicht unbeträchtliche Zahl der Patienten, die gegen Wismut überempfindlich sind, oft auch bei Arsen und Quecksilber ähnliche Erscheinungen bekommen. Es wurden auch Fälle beobachtet, wo die Anaphylaxie nicht gleich nach der ersten Injektion, sondern erst im Verlauf der Behandlung auftrat. Die Überempfindlichkeit war auch nicht gebunden an eine bestimmte Form des Wismuts, sondern sie trat auf bei seinen löslichen und unlöslichen Verbindungen. Umgekehrt gibt es, ähnlich wie bei Arsen und Quecksilber, Patienten, die z. B. gegenüber den löslichen Formen überempfindlich sind, dagegen nicht bei den unlöslichen. Die Anaphylaxie kann im Laufe der Jahre verschwinden, derart, daß sie bei den ersten Kuren vorhanden ist, daß die folgenden aber gut vertragen werden. Immer aber ist in diesen Fällen Vorsicht am Platze; denn zuweilen ist die gute Verträglichkeit nicht von Dauer. Therapeutisch ergibt sich, daß man zuweilen die Wismutpräparate zugunsten des Arsens und Quecksilbers aufgeben muß, dabei soll man aber stets daran denken, daß derartige Patienten unter Umständen eine Polyintoleranz besitzen, d. h. auch Arsen und Quecksilber nicht vertragen. Man kann versuchen, solche anaphylaktische Kranke zu desensibilisieren, indem man zunächst mit kleinen Dosen beginnt und dann ansteigt. Oder man kann auch zunächst eine ganz schwache Dosis geben ($^1/_4$ ccm) und dann 1 Stunde später die Normaldosis.

A propos de l'action du cadmium comme antisyphilitique (Über die Wirkung des Kadmiums als Antisyphilitikum), von Lehnhoff-Wyld. S. 225. In einer früheren Veröffentlichung hat Verf. bereits auf die gute Wirkung der kombinierten Kadmium-Salvarsanbehandlung hingewiesen. Ähnlich gute Erfahrungen hat er auch mit dem kolloidalen Silber gemacht und vermutet, daß es sich auch hier um eine Art Katalysatorwirkung handelt. Das kolloidale Silber hat gegenüber dem Kadmium den Vorteil, daß es bei der subkutanen Injektion nicht schmerzhaft ist. F. Landauer-Berlin.

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 8

Über einen neuen Kunstgriff zur Katheterisierung von Kranken mit Prostatahypertrophie, von D. Oláh-Debreczen. S. 561. Nebst vielen anderen Maßnahmen zur Einführung eines Katheters gibt der Verf. folgendes Verfahren an: „Den Katheter führte ich dem stehenden Kranken bis zur Prostata, da drückte ein Assistent durch das Rektum stark auf den oberen Prostatarand, worauf der Katheter mit einem sanften Druck in die Blase glitt."

Digitized by Google

Diagnose und Therapie der eitrigen diffusen Rindensubstanznephritiden und des Nierenkarbunkels, von G. Nicolich-Triest. S. 565.

Die Bedeutung des Pankreas und seiner Erkrankungen für die Urologie, von W. Sebening, Chir. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. S. 572.

Über die parenterale Schwefeltherapie bei gonorrhoischen Komplikationen, von B. Radó-Budapest. S. 500. Verf. hat mit der intramuskulären Injektion von 1 bis 2%iger kolloidaler und öliger Schwefellösung bei Epididymitiden gute Erfolge. Die Einspritzung erfolgt täglich oder in zweitägigen Zwischenräumen. Fieber und sonstige Reaktionen treten nicht auf. Nach 4—5 Injektionen wird der Patient ambulant weiterbehandelt.

Die Markierung des Ureterostiums im Röntgenbild, von A. Wurnig-Wien. S. 584.

Neosalvarsan in der Behandlung von Harninfektionen, von H. Strauss-Bad Wildungen. S. 587. Neosalvarsan ist ein bewährtes Mittel gegen alle Kokkeninfektionen der Harnwege bei allen frischen und besonders auch bei veralteten chronischen Fällen. 0,15—0,3 an drei aufeinanderfolgenden Tagen. Die Erfolge waren gut.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Allgemeine Physiologie

Segmentreflex von Haut zu Eingeweide, von W. Ruhmann, III. Med. Univ.-Kl. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 26, S. 1099.) Beim normalen Magen hemmt Kälte-Hautreiz Spannung und Austreibung. Gleich darauf kommt es zu einem aufgeregten, scharfen Wellengang. Wärme-Hautreiz dagegen steigert Tonus, Peristaltik und Pförtneröffnungen. Die genannten motorischen Magenreaktionen sind segmentäre Reflexe. Nach Ausschaltung der magenversorgenden Nervenwurzeln durch paravertebrale Injektion können die sonst durch örtlichen Hautreiz erzielten Reaktionen nicht mehr ausgelöst werden. Kälte wirkt durch den Splanchnikus, Wärme durch den Vagus auf den Magen. Diese Annahme wurde durch chemische Versuche bestätigt, wonach Azetylcholin die gleiche Reaktion wie Wärme, Suprarenin dieselbe Reaktion wie Kälte hervorrief. Die Hauteingeweidereflexe gehen wahrscheinlich von den vegetativen Nerven der Hautorgane, insbesondere von den Vasomotoren aus. F. Harry-Wiesbaden.

Zur Diagnose der Eineiligkeit oder Zweieiligkeit der Zwillinge, von G. A. Wagner, Geburtshilfl. Kl. Deutsche Univ. Prag. (M. Kl., 1927, Nr. 25, S. 936—938.) Die Diagnose auf Eineiligkeit oder Zweieiligkeit ist von Bedeutung für die Zwillingspathologie. Sie gründete sich bisher von seiten der Geburtshelfer auf den Befund an der Nachgeburt (eineiige Zwillinge — gemeinsame Plazenta und gemeinsames Chorion), was jedoch nach Siemens mit den von ihm als maßgebend erachteten Befunden der Untersuchung von Zwillingen nicht übereinstimmt. Demgegenüber wird nachgewiesen, daß die Eihautdiagnose, sofern sie sorgfältig genug durchgeführt wird, ihren Wert nach wie vor behält, während Vergleiche mit der Ähnlichkeitsdiagnose auf Grund der von Siemens aufgestellten Punkte bei nach sofortiger Feststellung sicher ein- oder zweieiigen Zwillingen auch bei letzteren in der überwiegenden Mehrzahl weitgehende Übereinstimmung ergaben. Bei Neugeborenen, die sich für die Ähnlichkeitsdiagnose überhaupt nicht sehr eignen, zeigten 3 Eineiige zahlreiche Differenzen, ein zweieiiges Paar fast völlige Übereinstimmung.] E. Levin-Berlin.

Bakteriologie und Immunitätslehre

Zur Theorie der Gramschen Färbung. Über die Bedeutung der Intaktheit des Ektoplasmas der Bakterienzelle für die Gramsche Färbung, von G. Kalina. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 103, H. 1/3, S. 172.) K. hält den Unterschied zwischen grampositiven und gramnegativen Mikroorganismen für keinen qualitativen, sondern einen quantitativen Unterschied. Nach seiner Auffassung können alle Teile der Zelle grampositiv sein, die mit Jod in Berührung kommen. K. nimmt zum Ausgangspunkt seiner Untersuchungen die Tatsache, daß man grampositive Zellen „überentfärben" und sie in einer Ergänzungsfarbe färben kann. Indem er der chemischen Anschauung Schumachers

Digitized by Google

über das Wesen der Gramfärbbarkeit beipflichtet, glaubt er nicht, daß das Lipoid gerade einen wesentlichen Bestandteil des flüssigen Zellinhaltes darstellen muß. Die verschiedenen Thesen über den Sitz der Gramfestigkeit in der Zelle erkennt K. nicht als zu Recht bestehend an und versucht sie durch eigene Versuche zu widerlegen.

W. Liese-Kiel.

Über das Eindringen von Infektionserregern in die regionären Lymphdrüsen und den Blutkreislauf nach kutaner Infektion. Ein Beitrag zur Frage der lokalisierten und der Allgemeininfektion, von A. Schmidt-Ott, Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 102, H. 2, S. 441.) Zusammenfassend ergibt sich aus diesen Versuchen folgendes: Trypanosomen, Rotlaufbazillen und Rekurrensspirochäten sind bereits sehr kurze Zeit nach der kutanen Infektion in den regionären Lymphdrüsen der Versuchstiere vorhanden — schon 2 Minuten nach skrotaler Trypanosomeninfektion in den Leistendrüsen des Kaninchens. Die Größe der Erreger, Beweglichkeit und Virulenz derselben sind für die Zeit des Eindringens in die Drüsen offenbar nicht das Entscheidende, dagegen spielt die Menge der Erreger neben der Virulenz eine wichtige Rolle für die Schnelligkeit des Übergangs von den regionären Lymphdrüsen in das Lymph- und Blutgefäßsystem. Die geschilderten Versuche geben einen Hinweis auf eine gewisse Schutzwirkung der regionären Drüsen gegen die Weiterverbreitung der Infektion im Organismus. Die Begriffsumgrenzung der lokalisierten Infektion und der Allgemeininfektion bedarf insofern der Präzisierung, als das ausschließliche Vorkommen einer lokalisierten Infektion bei virulenten Erregern überhaupt fraglich ist. Durch weitere Untersuchungen an Tieren und infizierten Menschen wird bezüglich anderer akuter und chronischer Infektionen festzustellen sein, ob lokale Gewebsreaktion nicht regelmäßig als Ausdruck einer Allgemeininfektion und anschließenden -reaktion zu betrachten ist.

M. Stern-München.

Infektionsversuche mit einzelnen „tierischen" Streptokokken, von E. Marx, Hyg. Univ.-Inst. Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 102, H. 2, S. 472.) Nachdem sich insbesondere in epidemiologischen Sammelreferaten Autoren aller Länder mit der Frage, ob nicht nur die biologischen Eigenschaften bzw. Änderungen der die Seuche hervorrufenden Bakterien, sondern auch die Zahl derselben den Gang der Seuchen beeinflussen, beschäftigt haben, machte Verf. Versuche neuerdings mit einzelnen „tierischen" Streptokokken. Ohne auf nähere Einzelheiten der höchst subtilen Versuche einzugehen, sei nur als Schlußergebnis festgestellt, daß auch von höchst virulenten Streptokokken in etwa 30% der (von insgesamt 31 solcher) Versuche ein einziger Keim zur letalen Infektion der weißen Maus, in etwa 50% (von 53) 2 Keime hierzu genügten; von 10 mit je 10 Keimen infizierten Mäusen starben 9 = 90%.

M. Stern-München.

Intradermo-réaction aux toxines streptococciques chez le cheval (Intradermo-Reaktion mit Streptokokkentoxinen beim Pferde), von E. Sacquépée, Ph. Lesbre und G. Bouet. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 29—30.) Bei den Laboratoriumstieren ist mit Streptokokkentoxinen eine Intradermoreaktion nicht zu erzielen. Sie gelingt jedoch sowohl mit Scharlach- wie mit anderen hämolytischen toxischen Streptokokken verschiedenen Ursprunges beim Pferde. Das Maximum der Reaktion erhält man nach 24—48 Stunden; sie ist von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Empfindlichkeit auf Druck begleitet. Auch mit allmählich bis auf $^1/_{50}$ fortgesetzten Verdünnungen ist sie zu erzielen. Bei einem mit einem Streptokokkentoxin immunisierten Pferde kommt keine Reaktion durch intrakutane Einspritzung desselben Antigens zustande; darüber hinaus besteht jedoch auch eine Immunität gegen andere toxische, auch nicht hämolytische Streptokokken.

E. Levin-Berlin.

Toxines des streptococciques hémolytiques et réaction de Dick (Toxine der hämolytischen Streptokokken und Dicksche Reaktion), von E. Sacquépée und Ph. Lesbre. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 27—28.) Zum Vergleiche mit den Untersuchungen von Dick über die Toxine der Scharlachstreptokokken wurden Untersuchungen an anderen, von verschiedenen Affektionen (Mastoiditis, Otitis, Phlegmonen, Hirnabszessen, chirurgischen Septikämien) isolierten hämolytischen Streptokokken angestellt. Von diesen zeigte eine gewisse Zahl eine durch Intradermoreaktion nachweisbare toxigene Wirkung, und zwar entsprechen im ganzen den schwersten Affektionen die toxischsten Streptokokken. Ein regelmäßiger grundsätzlicher Unterschied zwischen den Reaktionen bei den verschiedenen, skarlatinösen oder anderen Toxinen scheint nicht zu bestehen.

E. Levin-Berlin.

Das gewebsbiologische Verhalten der Bakterien. III. Das Verhalten der Streptokokken, insbesondere der Scharlachstreptokokken, von H. Dold, Inst.

Digitized by Google

„E. v. Behring"-Marburg. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 102, H. 8, S. 417.) Streptokokken lassen sich hinsichtlich ihres gewebsbiologischen Verhaltens in 3 Haupttypen einteilen: 1. Streptokokken, die ein Erythem, keine oder nur sehr geringe Infiltration und gelegentlich oberflächliche, in Schilferung ausgehende Eiterung bewirken. 2. Streptokokken, die stark infiltrierende Zellgewebsentzündung mit tiefgehender Eiterung und Nekrose hervorrufen. Erkrankung bleibt lokalisiert, heilt in 1—3 Wochen ab. 3. Streptokokken, die eine sich rasch ausbreitende Zellgewebsentzündung herbeiführen, der die Tiere in wenigen Tagen erliegen. 40 aus Scharlachfällen gezüchtete Stämme gehörten teils dem Typus I, teils Typus II an. Erstere entstammen Scharlachfällen mit einfacher Angina catarrhalis, letztere solchen mit einer schwereren Form von Angina. F. Harry-Wiesbaden.

Über die Salvarsanfestigkeit der Rekurrensspirochäten, von J. L. Kritschewski (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 441.) Verf. stellte, um eine restlose Klärung der Frage der Salvarsanfestigkeit der Spirochäten zu erzielen, an einem sehr großen Tiermaterial, das mit 7 verschiedenen Rekurrensstämmen geimpft wurde, vergleichende Untersuchungen an. Aus dem Rahmen der interessanten Versuche können hier nur die wichtigsten Tatsachen herausgehoben werden: 1. konnte festgestellt werden, daß nur dann eine vollkommene Sterilisierung der Tiere zu erzielen war, wenn dieselben mit dem betreffenden Salvarsanpräparat gegenüber sehr labilen Spirochäten geimpft waren und wenn man die Salvarsanmenge nicht in der kurativen Dosis wählte, sondern sehr nahe der toxischen Grenzdosis. Somit kann von einer in kurativer Form allgemeinen und vollständigen Sterilisationswirkung des Salvarsans auf die Tiere nicht die Rede sein. 2. Es konnte nachgewiesen werden, daß die von Ehrlich-Hata und Kolle angenommene Salvarsandosis von 0,00125 g pro 20 g Mäusegewicht nicht die Dosis min. curat. für die Rekurrensspirochäten darstellt. 3. Die verschiedenen Rekurrensspirochäten verhalten sich dem Salvarsan gegenüber nicht gleich. Sie besitzen nur eine potentielle Salvarsanfestigkeit, die für die verschiedenen Stämme verschieden ist. 4. Ergibt sich aus den Versuchen, daß man, um ein sicheres Urteil zu gewinnen, mit einer möglichst großen Zahl verschiedener Stämme des betreffenden Parasiten arbeiten muß. Die Widersprüche zwischen den Ergebnissen des Verf. und denen Ehrlich-Hatas und Kolles beruhen darauf, daß die früheren Autoren lediglich mit der Reinfektionsmethode gearbeitet haben, die aber nach den Untersuchungen von Buschke und Króo gänzlich unzulänglich ist und durch die „Gehirnmethode" von Buschke und Króo ersetzt worden ist. Nur mit dieser — vom Verf. etwas modifizierten — Methodik kann man sich bei den rekurrensinfizierten Tieren ein sicheres Urteil über die Wirksamkeit des Salvarsans verschaffen. Es ergibt sich aus den Untersuchungen des Verf., daß das Salvarsan, das als stärkstes Antispirochätenpräparat gilt, doch nicht das Endziel darstellt. E. Langer-Berlin.

Studien über das Antivirus, von H. Lehndorff und M. Brumlik, Serother. Inst. Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 15, S. 483.) Die Herstellung geschah im allgemeinen nach den von Besredka gemachten Angaben; es zeigte sich, daß man den Gehalt der Filtrate an Antivirus durch mehrmalig wiederholtes Bebrüten und Filtrieren zu einem polyvalenten, einem „Stockantivirus", steigern kann. Ist eine Infektion gegen das angewendete polyvalente Antivirus resistent, so läßt sich leicht durch Beimpfung des Stamm-Antivirus mit den aus diesem Falle gezüchteten Keimen ein spezifisches Auto-Antivirus herstellen. Die Streptokokken-Antivira werden gewissermaßen spezialisiert werden müssen; so wurden solche hergestellt aus dem Sekret bei chronischer Rhinitis, Stomatitis usw. Das Antivirus muß in innigsten Kontakt mit dem Infektionsherd kommen (Verbände, Umschläge), es schädigt das Wachstum der Bakterien und erhöht möglicherweise deren Phagozytierfähigkeit. M. Cohn-Dresden.

Über das sogenannte Antivirus von Besredka, von W. Weichardt-Erlangen. (D. m. W., 1927, Nr. 32, S. 1333.) Das Besredkasche Antivirus besitzt keine spezifisch bakterizide Wirkung. Die Entwicklungshemmung wird durch gewisse lähmende Spaltprodukte hervorgerufen, die aus verschiedenem Ausgangsmaterial mit verschiedensten Methoden gewonnen werden können. In kleinen Dosen regen diese Spaltprodukte das Bakterienwachstum an, und zwar auch unspezifisch, wie Verf. in früheren Versuchen nachgewiesen hat. F. Harry-Wiesbaden.

Untersuchungen über die sogenannte lokale Immunität bei experimenteller Staphylokokken- und Streptokokken-Infektion der Haut, von C. Ph. Miller-Chicago. (Zschr. f. ges. exper. M., 1927, Bd. 107, H. 1, S. 253.) Verf. ist es gelungen, Meerschweinchen gegen subkutane Injektionen mit Staphylokokken, Kaninchen gegen subkutane Infektion mit Streptokokken durch eine lokale Vorbehandlung nach Besredka zu schützen. Im Gegensatz zu Besredka handelt es sich nach den Ausführungen des Verf.

Digitized by Google

nicht um eine lokale, spezifische Immunität, sondern um eine allgemeine Leistungssteigerung im Sinne Weichardts. Dafür spricht besonders, daß Meerschweinchen gegen die Hautinfektion mit Staphylokokken bis zu einem gewissen Grade auch durch peritoneale und intravenöse Vorbehandlung resistenter wurden. Aus den Versuchen ergab sich weiter der immer wieder erhobene Befund einer Hemmung der entzündlichen Reaktion bei den vorbehandelten Tieren. Es scheint dies gegen eine verstärkte Leukozytose zu sprechen und mehr die Abstumpfung der Erregbarkeit des empfänglichen Zellapparates eines Organes gegen bakterielle Reizstoffe zu beweisen. Der Schutz tritt schnell auf und verschwindet schon nach 8—10 Tagen. Der Schutz ist unspezifisch und auch durch Serum, Bouillon usw. zu erzielen. Am wirkungsvollsten war die Vorbehandlung, wenn am selben Ort infiziert wurde. Versuche bei Meerschweinchen und Kaninchen nach Carrère, durch örtliche Vorbehandlung einen Schutz gegen okulare Infektionen zu erzielen, verliefen ohne Erfolg. F. Jacobsohn-Berlin.

De la vaccination antityphique. Contribution à l'étude de l'immunité locale (Über die Anti-Typhusimpfung. Beitrag zum Studium der örtlichen Immunität), von M. Golovanoff. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 439—440.) Von Kulturen von Typhusbazillen erhaltenes lösliches, atoxisches Vakzin wurde Meerschweinchen in einer Dosis von 2 ccm unter die Haut oder von 1 ccm in das Blut eingespritzt. 24 Stunden später intravenöse Einspritzung einer sicher tödlichen Dosis lebender Typhusbazillenkultur, wonach die Kontrolltiere ausnahmslos zugrunde gingen, während von den vorbehandelten Tieren 80% ohne wahrnehmbare Störungen zu zeigen am Leben blieben. In dem gleichen Maße blieben mit Kolibazillen-Filtrat behandelte Meerschweinchen am Leben, von mit nicht spezifischem Staphylokokken-, Streptokokken-, Paratyphus B-Filtrat behandelten ein Drittel. Mit Rücksicht auf die Schnelligkeit des Eintrittes der Wirkung kann man die Tätigkeit von Antikörpern ausschließen. Wahrscheinlich wirkt das Vakzin örtlich auf die empfänglichen Zellen des Darmes. E. Levin-Berlin.

Die Rolle der Haut und Hautreize in der Immunkörperbildung, von K. Hajos, III. Med. Univ.-Kl. Budapest. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 3/4, S. 551.) Verf. konnte am Kaninchen zeigen, daß Antikörperbildung auch nach kutaner und intrakutaner Verabreichung des Antigens erfolgt. Die intravenös angeregte Bildung von Hämolysinen kann durch intrakutane Weiterbehandlung mit Hammelblutkörperchen erfolgreich fortgesetzt werden, was zur Vermeidung von Tierverlusten von Wichtigkeit ist. Unspezifische Hautreize (NaCl, Licht, Schmerz) führen durch Ausschwemmung von Antikörpern zu einer vorübergehenden Erhöhung des Immuntiters. E. Schröpl-Prag.

Versuche zur Erzeugung antigener Eigenschaften bei Lipoiden durch physikalische Beeinflussung, von E. Fränkel und L. Tamari, II. Med. Univ.-Kl. Charité, Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 24, S. 1148.) Den Verff. gelang es, im Kaninchen durch Injektion einer wäßrigen kolloiden Lezithin-Cholesterinlösung komplementbindende Antikörper zu erzeugen, wenn die Lösung durch intensives Verreiben direkt in wäßrige Lösung gebracht wurde, dagegen nicht mit solchen Lösungen, die aus der alkoholischen in wäßrige überführt wurden. Es konnte sich dabei nur um Adsorptionserscheinungen oder Folgeerscheinungen der geringeren elektrischen Ladung handeln. Es gelang aber auch mit der aus der alkoholischen in die wäßrige Lösung überführten Lezithin-Cholesterinlösung die Erzeugung komplementbindender Antikörper nach intravenöser Injektion beim Kaninchen, wenn man diese Lösung durch Zusatz von $CaCl_2$ entlud, und zwar bis nahe an den isoelektrischen Punkt. E. Langer-Berlin.

Anaphylaxie und Röntgenstrahlen, von E. Schneider-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 22, S. 1037.) Verf. hat die Angabe von Doerr nachgeprüft, daß es möglich sein soll, durch Röntgenbestrahlung beim Versuchstier einen anaphylaktischen Chok zu unterdrücken. Es ergab sich, daß bei Bestrahlungen eines großen Rückenfeldes mit einem Tubus 12×15.8 mit 1 Hed beim sensibilisierten Meerschweinchen der Chok zu paralysieren ist, wenn die Bestrahlung innerhalb der ersten 3 Tage erfolgt; später kann man nichts mehr mit der Bestrahlung erreichen. Auch die Versuche, statt 1 Hed nur 20% der Hed zu benutzen, hatten ein negatives Ergebnis. Es muß wohl zur Erklärung der Wirksamkeit der Röntgenstrahlen die bekannte Beeinflussung des lymphoiden Apparates durch die Röntgenstrahlen angenommen werden. Wenn Tiere, die unter den angeführten Bedingungen bestrahlt werden, anschließend jeden zweiten Tag mit Lezithin oder Novoprotininjektionen behandelt werden, so bekommen sie prompt einen anaphylaktischen Chok bei der Reinjektion, da durch die Injektionen die Röntgenwirkung kompensiert wird.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Die Überempfindlichkeit am isolierten Gefäßpräparat vorbehandelter und infizierter Tiere, von E. Friedberger, Forschungsinst. f. Immunitätslehre u. Hyg Berlin-Dahlem. (Kl. W., 1927, Nr. 23, S. 1095.) Verf. berichtet über die Einwirkung verschiedener Sera auf das Gefäßpräparat von mit entsprechendem Eiweiß vorbehandelten Tieren. Normale, sonst ohne Einfluß bleibende Sera rufen bei solchen Gefäßpräparaten eine starke Gefäßverengerung hervor. Es findet sich eine momentan einsetzende maximale Wirkung. Bei fortdauernder Durchspülung tritt allmählich Erholung ein — Antianaphylaxie. Auf Grund der Analyse der Tropfenkurve kann man die primär toxische Wirkung von der anaphylaktischen trennen, und zwar auch an ein und demselben Gefäßpräparat. Ultraviolettbestrahlung schwächt die gefäßverengernde Wirkung ab. Nach gründlicher Durchspülung der Präparate vorbehandelter Tiere bleibt die gefäßverengernde Wirkung aus bei Durchströmen des homologen Antigens, wodurch ein Beweis gegen den zellständigen Ablauf der Anaphylaxiereaktion erbracht ist. Heterogenetische Sera ergeben keine höhere Giftigkeit auf das Gefäßpräparat. Diese Methode ist leicht für die praktische Prüfung für serologische und forensische Zwecke zu benutzen.

E. Langer-Berlin.

Accidents sériques (Serumzufälle), von G. Drouet. (J. de Méd. de Paris, 1927, Nr. 28, S. 551—556.) Menschliches Serum gibt wesentlich seltener zu Zufällen Anlaß als tierisches; die intravenöse Einführung spielt in dieser Beziehung die größte Rolle, doch ist sie auch die wirksamste. Die Zufälle finden sich häufiger bei Erwachsenen und bei schon vorher mit Serum behandelten Personen. Die Folgen können unmittelbare oder spätere sein. Anatomische Läsionen sind gewöhnlich gering und vorübergehend. Als Formen können unterschieden werden: das unmittelbare hämoklasische Syndrom = nitritoider Chok, das verzögerte hämoklasische Syndrom = febriler Chok, und als häufigste Serum-Spätfolgen, meist geringeren Grades. Bisweilen können gewisse Komplikationen (Angina) und Aufflackern latenter Krankheiten auftreten. Prognose im allgemeinen günstig. Behandlung: voraufgehende Adrenalineinspritzung; Desensibilisierung durch subkutane Einspritzung kleiner Dosen; Kalk. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Kenntnis der angioneurotischen exsudativen Diathese, von H. Aßmann, Med. Kl. Leipzig. (Krankheitsforschung, 1927, Bd. 4, H. 4, S. 280.) Ausführliche klinische und autoptische Beschreibung eines Falles, der Symptome von Quinckeschem Ödem, Gelenksschwellungen, Migräne, umschriebener Hautgangrän und Raynaud, ferner Muskelnekrosen und hämorrhagische Infarkte der Harnwege und Hoden aufwies. Bemerkenswert ist eine Eosinophilie, welche zur Zeit der Anfälle einem Eosinophilensturz wich, anatomisch wurde eine Hyperplasie der Nebennieren und uncharakteristische Veränderungen an den sympathischen Ganglien festgestellt. Es wird auf eine gemeinsame Ursache der sonst als Krankheiten sui generis bekannten Symptome geschlossen, welche unter dem Begriff der angioneurotischen, exsudativen Diathese zusammengefaßt werden. Als pathogenetische Grundlage sind zu betrachten spastische Kontraktionen größerer Arterien, bei gleichzeitiger Dilatation der Kapillaren, nachfolgender Stase und Exsudation. Die gegensätzliche Gefäßreaktion entspricht einer erhöhten Reizbarbeit der Gefäßnerven. Die eigentliche Krankheitsursache dürfte in einer angeborenen Empfindlichkeitssteigerung gegen exogene und endogene (besonders hormonale) Reize zu suchen sein.

E. Schröpl-Prag.

Résultats de différents procédés de désensibilisation dans un cas d'asthme dû au lait de vache, chez une malade ichthyosique (Ergebnisse verschiedener Desensibilisierungsverfahren in einem Falle von Asthma durch Kuhmilch bei einer Kranken mit Ichthyosis), von Creyx. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 76—78.) Die an kongenitaler Ichthyosis leidende 26jähr. Kranke reagierte auf Genuß von Kuhmilch oder deren Präparaten sowie auf Milchgeruch mit Asthmaanfällen. Versuche einer spezifischen Desensibilisierung durch subkutane Einspritzungen von abgekochter und verdünnter Milch in verschiedener Anordnung übten keinen Einfluß auf die Krisen aus. Ebensowenig wirkten Peptoneinspritzungen nach der Technik von Pasteur-Vallery-Radot. Hingegen konnten durch intravenöse Einspritzungen mit dem eigenen Serum der Kranken (Blut 4 Stunden im Eisschrank aufbewahrt) die Anfälle 4 Monate lang fast völlig zum Schwinden gebracht werden; nach dieser Zeit traten sie wieder wie vorher auf. Schließlich wurden Einspritzungen mit einem Jodextrakt von Schuppen von den ichthyotischen Stellen gemacht, die ein Ausbleiben der Anfälle für $2^1/_2$ Monate bewirkten. Endgültiges Freibleiben wurde erst durch Entfernung der in Frage kommenden Kühe erzielt. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Allgemeine Pathologie und Diagnostik

Die Elektrolyten des Blutes aus entzündlichem Gewebe, von L. Tutkewitsch-Charkow. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 54, H. 3/4, S. 342.) Die Untersuchungen des Verf. ergaben, daß der Entzündungsprozeß keineswegs als Resultat einer ganz bestimmten, biochemischen Reaktion des Gewebes auf die den Organismus beeinflussenden Schädlichkeiten aufzufassen ist. Er kann nicht mit einer primären Störung des elektrolytischen Gleichgewichtes erklärt werden. Als Untersuchungsobjekte dienten ausgewachsene Kaninchen, bei denen auf einem Ohre eine Entzündung durch Eintauchen in heißes Wasser oder Verreibung einiger Tropfen Krotonöls hervorgerufen wurde. Blutentnahme aus der Rand- oder Zentralvene. Die in 3 Tabellen festgelegten Resultate, die im Original nachgelesen werden müssen, ergeben eindeutig, daß die vom schädigenden Agens hervorgerufenen Veränderungen nicht bloß als lokale Reaktion aufzufassen sind. Im einzelnen wurden der Quotient K/Ca, die Chloride und Phosphor bestimmt. F. Jacobsohn-Berlin.

Zum Entzündungsbegriff. Experimentelle Untersuchung, von D. E. Alpern und L. M. Tutkewitsch, Staatl. Med. Inst. Charkow. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 56, H. 1/2, S. 31.) Die Verff. konnten im Kaninchenversuch feststellen, daß das aus einem Hautbezirke abfließende Blut nach Durchschneidung des zugehörigen Sympathikus einen herabgesetzten K/Ca-Koeffizienten aufwies, der sich noch mehr verminderte, wenn in der betreffenden Hautpartie experimentell eine Entzündung erzeugt wurde. Weiter konnten sie einen erhöhten Chlorgehalt des dem entzündeten Gewebe entströmenden Blutes nachweisen, welche Erhöhung nach Sympathikusdurchschneidung noch eine beträchtliche Steigerung erfuhr, jedoch auch in nicht entzündetem Gewebe nach Desympathisation nachzuweisen war. Auf der Höhe der Entzündung gleichen sich die Unterschiede im Elektrolytgehalt des Blutes aus. Nach der Auffassung der Verff. besteht die erste Phase der Entzündung in einer durch das schädigende Agens verursachten Hemmung des Sympathikus, welche zu einer Störung des elektrolytischen Gleichgewichtes und Änderung der Leitfähigkeit führt. E. Schröpl-Prag.

Kationenwirkung bei der Entzündung, von F. Schück, Chir. Abt. Städt. Krkhs. am Urban, Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 116.) Die arterielle Hyperämie im Beginn der Entzündung ist ein reflektorischer Vorgang, dessen Reflexbahn rein peripher direkt vom sensiblen Endorgan zu den kleinsten Arterien und Kapillaren zieht. Dieser periphere Gefäßreflex mit der von ihm vermittelten aktiven Reizhyperämie ist an die Unversehrtheit des sensiblen Nerven gebunden, er fehlt in der nervenatrophischen bzw. nervenlosen Extremität, deren Schutzkraft dadurch gegenüber den täglichen Verletzungen vermindert ist. Neuere Arbeiten über den Chemismus der Gewebe haben gezeigt, daß sich die peripheren Gefäße unter der Einwirkung von Kalium im Gewebe ausdehnen, so daß die Kaliumwirkung eine periphere Hyperämie mit Ödembildung nach sich zieht. Es scheint also im entzündeten Gewebe primär eine spezifische Kaliumwirkung vorhanden zu sein, die vielleicht durch das autonome Nervensystem reguliert wird. Gewebsstoffwechsel und Gefäßfunktion stehen in einer inneren Beziehung, die noch näher erforscht werden muß, und die für die Lösung des ganzen Entzündungsproblems von einschneidender Bedeutung ist. Th. Lilienstein-Hamburg.

Über den Einfluß der Nervendurchschneidung auf den Prozeß der Vitalfärbung mit Trypanblau und Lithionkarmin, von N. Kusnetzowski-Leningrad. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 56, H. 1/2, S. 85.) Nach Sympathikusdurchschneidung ist am Kaninchenohr eine deutliche Verstärkung der Vitalfärbung zu beobachten. Die Erklärung wird in der eintretenden Hyperämie gesucht, welche zu einer verstärkten Transsudation führt. Die aus dem Blut in das hyperämische Gewebe übergehenden Farbstoffe infiltrieren es zunächst diffus, um später in den histiozytären Zellen körnig abgelagert zu werden. E. Schröpl-Prag.

Die Entwicklung der Geschwulstzelle, von B. Fischer-Wasels, Path. Univ.-Inst. Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 22, S. 1025 u. Nr. 23, S. 1073.) „Das Wesen der Geschwulst liegt in der Geschwulstzelle selbst". Der Determinationsfaktor dieses Vorganges beruht in einer charakteristischen Abartung der Zelle, in der morphologischen und chemischen Kataplasie der Geschwulstzelle. Durch endogene (embryonale und postembryonale, pathologische Disposition) und exogene (Hautreize, Röntgen, Traumen usw.) Faktoren wird der biologische Entwicklungsprozeß beeinflußt. Der Werdegang einer normalen Zelle zu der Geschwulstkataplasie spielt sich auf dem Wege der Entwicklung ab, und zwar nur an Zellen, die sich in lebhafter Teilung und Vermehrung befinden.

Digitized by Google

Es hat daher die Tumorbildung nahe Beziehungen zu embryonalen Entwicklungsvorgängen und zur Regeneration. Der Beginn dieser Entwicklung kann durch alle möglichen inneren und äußeren Faktoren ausgelöst und bestimmt werden. Chemisch stehen die Geschwulstzellen diesen Zellen, die den Ausgangspunkt bilden, nahe. So ist z. B. das chemische Verhalten (Glykolyse, Fibrinau[illegible]wachstum auf heterologem Plasma) den embryonalen Zellen ebenso eigen wie de[illegible]llen, ähnliches findet sich bei den undifferenzierten Blutmonozyten und [illegible]phagen des Huhnes und den Zellen des übertragbaren Hühnersarkoms, das [illegible]us diesen Zellen künstlich durch die Einwirkung von Teer oder Arsen entwickelt. [illegible]ch bei anderen echten tierischen und menschlichen Geschwülsten entstehen die Z[illegible]n durch echte Zellmutation, bilden ein Wuchsenzym und haben den abnormen Gärungsstoffwechsel. Übertragung des Wuchsenzyms ist hier aber nicht so leicht. Experimentell kann die Entwicklung der normalen zur kataplastischen Geschwulstzelle hier nur durch lokale oder allgemeine Schädigungen, wie Teer, Arsen, Röntgen, bei Übertragung von Embryonalzellen oder Regenerationszellen verursacht werden. E. Langer-Berlin.

Métabolisme du tissu néoplasique irradié (Stoffwechsel des bestrahlten neoplastischen Gewebes), von M. und J. Enselme. (Lyon méd., 1927, Bd. 139, Nr. 24, S. 687—690.) Chemische Untersuchungen über die Natur der Fette und den Phosphorgehalt im Gewebe von Geschwülsten gaben bemerkenswerte Anhaltspunkte auch für die Diagnose. So beträgt der Gehalt an nukleinsaurem Phosphor beim Krebs gewöhnlich 30 mg auf 100 g frisches Gewebe, während er in einem Falle einer Mammageschwulst nur zu 20 g befunden wurde; der daraus gezogene Schluß, daß es sich nicht, wie zuerst angenommen, um ein Sarkom handelte, wurde durch die histologische Untersuchung bestätigt. In einem zweiten Falle wurde die Einwirkung von Tiefenbestrahlungen auf ein Karzinom studiert. Die das neoplastische Gewebe bildenden Proteine zeigten eine Fettdegeneration, der Phosphor ist aus der Verbindung mit den Nukleoproteinen ausgetreten, der freie Phosphor scheint sich alsdann mit dem neugebildeten Fett zu verbinden und zur Bildung von Lezithin zu führen. E. Levin-Berlin.

Über die Veränderung der Empfindlichkeit der Haut nach intravenöser Injektion chemisch definierter entzündungserregender Substanzen und nach intravenöser Blutinjektion, von E. Lehner und F. Urban-Budapest. (Krankheitsforschung. 1927, Bd. 4, H. 5, S. 375.) Werden Substanzen von bestimmter chemischer Konstitution (z. B. Morphium, Atropin, Pepton, Histamin u. a.) wiederholt an derselben Stelle intrakutan injiziert, so zeigt bei der zweiten und dritten Injektion die Haut in der Umgebung der Injektionsstelle eine erhöhte Reaktionsbereitschaft, dagegen ist eine allgemeine Sensibilisierung der Haut auf diese Weise nicht zu erreichen. Wurde jedoch nach intrakutaner Injektion derselbe oder ein anderer chemischer Körper intravenös injiziert und dann die Intrakutaninjektion an einer anderen Hautstelle wiederholt, so war hier in den meisten Fällen eine deutliche Steigerung der Entzündungsbereitschaft zu beobachten. Diese entzündungssteigernde Wirkung wurde auch nach intravenöser Injektion von Eigenblut beobachtet, Ca hatte die entgegengesetzte und physiologische NaCl-Lösung keine Wirkung. Bei vorhergegangener intravenöser Injektion trat die Reaktionssteigerung der Haut nur nach der ersten Intrakutaninjektion zutage. Die Erfahrung, daß chemisch definierte Substanzen, zum Unterschiede von Antigenen, bei wiederholter lokaler Anwendung keine allgemeine Sensibilisierung bewirken, ist nach Ansicht der Verff. dadurch zu erklären, daß die betreffende Substanz nicht in größerer Menge in die Haut eingeführt oder zu rasch abgebaut wird. E. Schröpl-Prag.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Hofrat Prof. Ernst Finger hat sein Amt als Präsident des österreichischen Obersten Sanitätsrates niedergelegt.

Prof. Pier Ludovico Bosellini, Direktor der Dermatologischen Klinik in Rom, wurde zum korrespondierenden Mitglied der englischen dermatologischen Gesellschaft gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 45 (Bd. 85) 5. November 1927

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Berlin
(Direktor: Geh.-Rat Prof. Bier)

Über Erythema annulare centrifugum unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie auf Grund von Untersuchung der interferrometrischen Abbauwerte nach Abderhalden, des Gasstoffwechsels usw.

Von

Dr. Wilhelm Richter

Mit 6 Abbildungen im Text

Liebner, Fenyö und weiterhin Stümpke haben in neuerer Zeit unter der Bezeichnung Erythema annulare centrifugum acutum multiplex Beiträge zu der großen Gruppe der annulären Erytheme gegeben, die mich veranlaßten, an Hand eigener Beobachtungen dieses Gebiet im Zusammenhang zu besprechen unter besonderer Berücksichtigung von Beiträgen zur Klärung der Ätiologiefrage.

Was das Krankheitsbild selbst anlangt, so finden wir die ausführlichste Darstellung bei Darier, der von dem eigentlichen Erythème annulaire centrifuge (Erythème papulo-circinée migrateur et chronique) im engeren Sinne noch eine analoge Affektion als Eczematide papulo-circinée migratrice abgrenzt. Hiermit will Darier die Schuppenbildung zum Ausdruck bringen, die er für die erstere Form völlig ablehnt.

Zusammenfassend handelt es sich nach Darier um chronisch rezidivierende mehr oder weniger ausgedehnte, kreisförmige, durch Konfluenz girlandenförmige Herde mit wallartigem Rand, der aus aneinandergereihten kleinen Knötchen besteht. Das Zentrum der Herde kann normal oder aber bläulichviolett verfärbt sein. Die Zahl variiert von einzelnen bis zu einer großen Reihe von Herden, die über die Extremitäten oder auch über den ganzen Körper verstreut sein können. Im Laufe der Zeit hat sich dann an Hand von kasuistischen Mitteilungen dieses charakteristische Bild erweitert und dementsprechend, je nach den im Vordergrund stehenden Veränderungen, zur Bereicherung der Nomenklatur geführt. So beschreiben Dohi und Lennhoff rein erythematöse, Little, Sklarz urtikarielle Herde. Worobjew, Ujanski haben dann weiterhin Krankheitsbilder beschrieben, die wegen der Schuppenbildung in die Gruppe der Darierschen Eczematides papulo-circinées migratrices einzureihen sind. E. Hoffmann und nach ihm Strempel bezeichneten dieses

Digitized by Google

Krankheitsbild als Erythema microgyratum persistens. MIBELLI grenzt je nach der Zahl der Effloreszenzen drei verschiedene Gruppen ab:

1. Einzelherde;
2. mehrere Herde, beschränkt auf einen kleinen Bezirk;
3. diffuse, über den ganzen Körper verteilte Herde.

Histologisch handelt es sich neben Spongiose der Hornschicht und Einwanderung von Wanderzellen in die Epidermis um perivaskuläre Infiltration in der Kutis, im ganzen ein wenig charakteristischer Befund.

LIPSCHÜTZ trennt als selbständiges Bild das Erythema chronicum migrans ab, als dessen Charakteristika er folgende Merkmale angibt:

1. die Affektion tritt solitär auf, bevorzugt im allgemeinen die untere Extremität;
2. chronischer Verlauf;
3. das Vorschieben der Affektion an den Rändern, während in der Mitte die Haut zur Norm zurückgeht oder einen bläulichvioletten Farbton zeigt.

Der Herd kann sehr große Dimensionen annehmen. Subjektive Beschwerden fehlen im allgemeinen.

Histologisch fand LIPSCHÜTZ Auflockerung des Stratum corneum, perivaskuläre Infiltration neben erweiterten Kapillarschlingen, auch hier wieder ein völlig uncharakteristisches Bild.

Was die Ätiologie anlangt, so ist bisher keine völlige Klärung erzielt. Einige Autoren wie LIEBNER und FENYÖ u. a. m. glauben Insektenstiche oder äußere Schädigung annehmen zu müssen und führen die Hauterscheinungen auf die durch diese hervorgerufene Toxinwirkung zurück. Für das ab und zu symmetrische Auftreten der Affektion glauben sie hämatogene Ausschwemmung annehmen zu müssen, während STRANDBERG bei dem Erythema migrans lymphagoges Fortschreiten des Toxins für das Weiterwandern des Krankheitsprozesses angibt. Wenn auch für die von diesen Autoren beobachteten Fälle nachweislich äußere Schädigungen ätiologisch anzunehmen sind, so kann es sich doch nur um eine Teilursache handeln, da im Verhältnis zu den genannten Einflüssen diese Hautaffektion zu selten auftritt.

Aus diesem Grunde bin ich dann dazu übergegangen, trotz der an sich harmlosen Affektion sämtliche Untersuchungsmethoden heranzuziehen, die im gewissen Grade zu der Klärung der Ätiologiefrage beitragen können, wie die Untersuchung des hormonellen Abbaues nach ABDERHALDEN nach der interferrometrischen Methode von HIRSCH, Prüfung des vegetativen Systems, Untersuchung des Gasstoffwechsels unter Berücksichtigung des Grundumsatzes und der spezifisch-dynamischen Wirkung, Feststellung des Schwellwertes der verschiedenen Hormone in bezug auf ihre Reizbarkeit auf Blutgefäße und Lymphsekretion.

Wegen der kritischen Beurteilung und der Auswertung der Befunde gegeneinander, bringe ich zunächst einen kurzen Überblick der verschiedenen Resultate unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden klinischen Rückschlüsse.

Bei der Beurteilung der Prüfung des vegetativen Systems, bei der ich mich nach DRESEL lediglich auf die Einwirkung von 1 ccm einer Adrenalinlösung 1 pro mg subkutan beschränkte unter genauester Be-

Digitized by Google

obachtung der Schwankung des Blutdruckes und des Pulses in verschiedenen Zeitabschnitten, verwandte ich als Test die schematische Darstellung nach Dresel. Zur Orientierung des Ablaufs der normalen Reaktion, der bei Vagotonikern und Sympathikotonikern diene die im folgenden gegebene Kurve nach Dresel (Abb. 1).

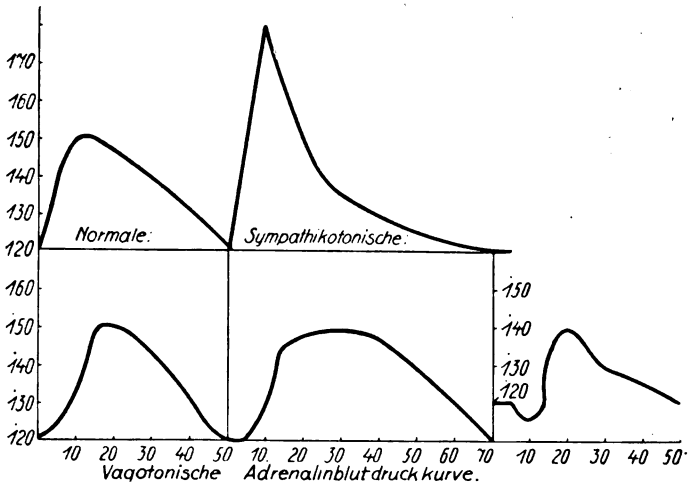


Abb. 1

Für die Veränderung des Gasstoffwechsels sind, zusammenfassend nach den bisherigen Mitteilungen in der Literatur, im besonderen Störungen der Inkretionsvorgänge in der Schilddrüse und Hypophyse, zum Teil auch Ovar, verantwortlich gemacht, und zwar deutet angeblich:

1. Erniedrigung des Grundumsatzes, normale spezifisch-dynamische Wirkung auf eine Hypofunktion der Schilddrüse;
2. Erhöhung des Grundumsatzes, normale spezifisch-dynamische Wirkung auf Hyperfunktion der Schilddrüse;
3. normaler Grundumsatz, erniedrigte spezifisch-dynamische Wirkung auf Hypofunktion der Hypophyse;
4. normaler Grundumsatz, erhöhte spezifisch-dynamische Wirkung auf fragliche Überfunktion (Akromegalie);
5. erniedrigter Grundumsatz, erniedrigte spezifisch-dynamische Wirkung auf Hypofunktion der Schilddrüse und Hypophyse, zum Teil bedingt durch primäre ovarielle Insuffizienz;
6. erniedrigter Grundumsatz, erhöhte spezifisch-dynamische Wirkung deuten auf eine Korrelationsfunktion zwischen Hypophyse und Schilddrüse;
7. ebenso erhöhter Grundumsatz, erniedrigte spezifisch-dynamische Wirkung;
8. erhöhter Grundumsatz, erhöhte spezifisch-dynamische Wirkung auf eine allgemeine Reizbarkeit im Inkretionssystem, wie z. B. bei Zufuhr von Eiweiß bei Basedow.

Diese Zusammenstellung ist grob schematisch und darf gewissermaßen nur als Anhaltspunkt für die Beurteilung dienen. Besonders er-

Digitized by Google

schwerend kommt hinzu, daß die Resultate schon bei leichten subjektiven Umstellungen des Patienten großen Schwankungen unterliegen.

Zur weiteren Klärung der Inkretionsvorgänge habe ich dann die interferrometrische Untersuchung der hormonellen Abbauwerte nach ABDERHALDEN nach der Modifikation von HIRSCH hinzugezogen. Die Untersuchungen wurden von E. LENDEL durchgeführt, und zwar völlig unbeeinflußt, worauf ich besonders hinweisen möchte, da damit die Kontrolluntersuchungen nach medikamentöser Beeinflussung bedeutend höher zu bewerten sind.

Wir haben bei unserer Untersuchung die Abbauwerte für Hypophyse, Thyreoidea, Thymus, Ovar resp. Testis und Nebenniere bestimmt. LENDEL hat auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen feststellen können, daß Hypophyse, Thymus und Nebenniere ungefähr gleiche Abbauwerte ergeben, während diese zu Ovar resp. Testis und Thyreoidea, die in ihren Abbauwerten ihrerseits sich auch entsprechen, in einem Verhältnis von 1 : 2 normaliter stehen.

Eine ideale Kurve wäre also im folgenden ausgedrückt:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar (Testis)	Nebenniere
11	22	13	22	11

wozu noch zu bemerken ist, daß nach LENDELS Beobachtungen die Fehlergrenzen für Hypophyse, Schilddrüse, Thymus und Nebenniere etwa bis zu 2,5 Trommelteilstrichen, für Ovar und Testis 4—5 betragen könnten. Der Abbauwert der Thymus schwankt entsprechend dem Alter und ist auch unter Normalverhältnissen um so höher, je jünger der Patient ist. Auf der anderen Seite können sehr hohe Werte des Thymusabbaues für eine Thymus persistens sprechen. Weiterhin muß noch darauf hingewiesen werden, daß bei der Beurteilung der Störungen der Inkretionsvorgänge auf Grund der Abbauwerte weniger die Höhe, als das vorhin angegebene Verhältnis zueinander eine Rolle spielt. Aus der Erniedrigung resp. Erhöhung eines Abbauwertes geht aber nicht der Störungsmodus hervor, d. h. es lassen sich keine Rückschlüsse auf Hypo- oder Hyperfunktion des betreffenden Inkretionsorganes ziehen. Es handelt sich also um absolute Werte.

Aus diesem Grunde ist man im allgemeinen gezwungen, die Untersuchungen des Gasstoffwechsels bei den epikritischen Schlüssen mit hinzuzuziehen, oder aber man ist erst in der Lage aus Kontrolluntersuchungen nach Darreichung des angeblich geschädigten Hormons, einen Rückschluß auf den Störungsmodus ziehen zu können.

Es war naheliegend, die Empfindlichkeit der Haut nach der Methode von HECHT und GROËR gegen die verschiedenen Hormone zu prüfen. Da die Reaktionen im allgemeinen aber zu stark dem subjektiven Empfinden des Untersuchers unterliegen, bin ich dazu übergegangen, die Schwellwerte zu bestimmen, d. h. den Wert, bei dem noch eine ausgesprochene Reaktion feststellbar war. Nicht unerwähnt möchte ich lassen, daß ich als Ausgangsmaterial reine Hormone verwandte, die nach homöopathischer Art in den verschiedenen Verdünnungen hergestellt waren, wobei mir besonders interessant erschien, daß die Reizwerte für diese Präparate bedeutend höher lagen, als ich sie in der ersten Zeit bei meinen dies-

Digitized by Google

bezüglichen Versuchen mit von mir selbst immer weiter verdünnten Präparaten erzielte. Wir gingen auf Grund unserer empirisch gefundenen Grenzwerte von einer Hormonlösung in der 6. Potenz aus bis auf Nebenniere, bei der die Schwelle in der 10. Potenz lag.

Der Einfachheit halber habe ich mich der homöopathischen Ausdrucksweise bedient, wobei:

$$D_1 = 0{,}1$$
$$D_2 = 0{,}01$$
$$D_3 = 0{,}001 \text{ usw.}$$

bedeutet. Zur schnellen Orientierung habe ich folgende Zeichen eingeführt:

① = $^1/_2$ cm Rötung im Durchschnitt (Fehlergrenze gilt nicht als Reaktion)
② = 1 cm „ „ „
③ = $1\,^1/_2$ cm „ „ „
④ = sehr starke Hautrötung
⑤ = Dendritenbildung mit zentraler Rötung entsprechend oben angegebener Ziffer
⑥ = Quaddelbildung, $^1/_2$ cm Rötung im Durchschnitt
⑦ = „ 1 cm im Durchschnitt
⑧ = „ $1\,^1/_2$ cm „ „

△1 = $^1/_2$ cm anämischer Fleck mit reaktivem Hof
△2 = 1 cm „ „ „ „ „
△3 = $1\,^1/_2$ cm „ „ „ „ „
△4 = sehr ausgedehnter „ „ „ „
△5 = Dendritenbildung
△6 = Quaddelbildung, $^1/_2$ cm anämischer Herd
△7 = „ 1 cm „ „
△8 = „ $1\,^1/_2$ cm „ „

An dieser Stelle möchte ich auf einen ebenso interessanten wie wichtigen Befund hinweisen, der sich bei der Reizschwellbestimmung ergab, wobei die Werte für Hypophyse totalis gegenüber den isolierten Hormonen aus der Anterior und Posterior z. T. ganz erhebliche Differenzen zeigten.

Zusammenfassend hat sich bei dieser Untersuchung herausgestellt, daß z. T. vor allem bei der gemeinsamen Auswertung in Verbindung mit der interferrometrischen Untersuchung sehr wertvolle Aufschlüsse in bezug auf den Störungsmodus gefunden wurden.

Wegen des engen Zusammenhanges der Inkretionsvorgänge im Organismus mit dem Mineralstoffwechsel haben wir dann diesen letzteren, und zwar:

Digitized by Google

Kalium, Kalzium nach LEBERMANN,
Natrium und Chlor nach AUSTIN und SLYKE
untersucht, mußten aber feststellen, daß die Resultate praktisch keine Bedeutung hatten.

Der Normalwert wird in folgender Aufstellung gegeben:

Natrium: 340
Kalium: 25
Kalzium: 8
Kochsalz: 560 berechnet nach mg/%.

Ich komme nun zu den Krankengeschichten der von uns in den letzten vier Jahren beobachteten, in diese Gruppe einzureihenden Fälle.

Fall 1. Kurt H., Student, 18 Jahre, seit 14 Tagen eine vom Finger ausgehende Hautrötung, die sich immer weiter gegen den Unterarm vorschiebt.

Befund: Am linken Unterarm an der Grenze zwischen dem unteren und mittleren Drittel ein etwa 3 cm breiter, leicht erhabener, wallartiger Streifen, der nach dem

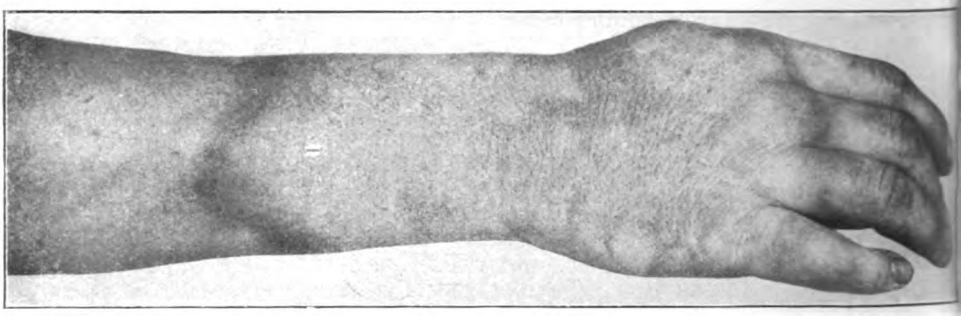


Abb. 2

mittleren Drittel des Unterarms sich scharf absetzt, während er nach der Hand hin allmählich in die Normalhaut übergeht. Der Streifen umgibt den ganzen Unterarm zirkulär und ist von hellroter Farbe. Über der Hand in Höhe der Grundphalangen ein etwa 2 cm breiter, leicht erhabener, über Dorsum und Vola sich erstreckender, hellrot verfärbter, wallartiger Rand mit konkaver Andeutung nach dem Unterarm hin. Im Bereich der Zentralpartie ist die Haut bis auf einen gelblichvioletten Schein völlig normal.

Differentialdiagnostisch mußte vor allem Erysipeloid abgegrenzt werden. Es fehlen die subjektiven Beschwerden und weiterhin sind die mittleren Partien bis auf den gelblichvioletten Farbton völlig normal, während bei dem Erysipeloid auch innerhalb der Zentralpartien sich bläulichviolett verfärbte, leicht erhabene Herde finden. Außerdem findet sich eine deutliche Differenz auch in der Verfärbung der Randpartien.

Diagnose: Es handelt sich um einen Übergang des Erythema annulare mehr urtikarieller Art, wie sie LITTLE und SKLARZ beschrieben haben, und dem Erythema migrans (LIPSCHÜTZ).

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: normal; spezifisch-dynamische Wirkung: normal; Prüfung des vegetativen Systems mittels 1 ccm Adrenalin subkutan, eine Lösung 1 : 1000, ergibt eine völlige Normalkurve. Aschner negativ.

Digitized by Google

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Nebenniere	Teste	Thyreoidea	Thymus
D_6 neg.	D_6 (3)	D_6 (1)	D_{10} neg.	D_6 (1)	D_6 neg.	D_6 (1)
D_3 (1)			D_8 (1)	D_1 (2)	herabg.	D_4 (2)
					D_4 △ 6	

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Testis	Nebenniere
14	15	11	5	0

Es handelt sich zusammenfassend um eine Veränderung in dem Hypophyse-, Thyreoidea- und Nebennierenabbau, was auch in gewissem Grade in der Kutanprobe zum Ausdruck gebracht wird. Dagegen ergibt der Gasstoffwechsel völlig normale Werte, woraus nach den bisherigen Erfahrungen in bezug auf die Auswertungen der Gasstoffwechselveränderungen hervorgeht, daß die Korrelation zwischen Hypophyse und Thyreoidea nicht sonderlich gestört ist; es scheint sich hieraus zu ergeben, daß die feinen biologischen Inkretionsvorgänge nicht völlig erfaßt sind, und daß normaler Gasstoffwechsel nicht dagegen spricht, daß Hypophyse und Thyreoidea in ihrer Inkretionskorrelation nicht gestört sind. Vielmehr scheint sich aus unserer Beobachtung zu zeigen, daß die Funktion der gestörten Hypophyse- und Thyreoidea-Inkretion von anderen Hormonen korrelativ soweit übernommen werden, daß der Gasstoffwechsel völlig normale Resultate ergibt. Um eine Klärung des Störungsmodus zu schaffen, haben wir dann zunächst versucht, durch Zuführung von Vitrisol cum testis die Kurve auszugleichen, und erhielten nach 14tägiger Darreichung dieses Medikamentes folgenden Kontrollbefund:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Testis	Nebenniere
25	23	23	15	8

Hieraus ergab sich insofern eine Besserung der Kurve, als die Korrelation zwischen Thyreoidea und Testis sich gebessert hat, dagegen hat sich der Abbauwert für Hypophyse erheblich verschlechtert.

Wegen der Auswanderung in die Schweiz mußten leider die sehr wichtigen Untersuchungen abgebrochen werden.

Fall 2. Walter W., 19 Jahre alt, vor einem halben Jahr Blinddarmoperation, die per primam geheilt ist, sonst stets gesund gewesen. Seit etwa 8 Tagen in der Umgebung der Operationsnarbe eine umschriebene Röte, die sich am Rande von Tag zu Tag weiter ausdehnt, während die mittleren Partien unter bläulichvioletter Verfärbung zur Abheilung kommen. Subjektiv keine Beschwerden.

Befund: Fast über die gesamte rechte Unterbauchseite übergreifend auf Rücken, Brust und Oberschenkel umschriebener gelblichrötlich verfärbter Herd, dessen Farbe nach dem Rande hin intensiv rot wird. Die Randpartie ist scharf gegen die Umgebung abgesetzt. Der gesamte Krankheitsherd liegt im Niveau der Normalhaut. Subjektiv hat der Patient nicht die geringsten Beschwerden.

Differentialdiagnostisch konnte Erysipel wegen des Fehlens von Fieber, Schuppenbildung wegen der Verfärbung und des eigenartigen Verlaufs ausgeschlossen werden. Auch Erysipeloid konnte wegen des Fehlens subjektiver Beschwerden, der bei Erysipeloid mehr erhabenen Randpartien und der charakteristischen blauvioletten Verfärbungen, eben-

Digitized by Google

falls wegen des Fehlens von Herden in den mittleren Partien abgegrenzt werden.

Es handelt sich um ein Bild, das in die Gruppe des Erythema migrans von Lipschütz einzureihen ist.

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: normal; spezifisch-dynamische Wirkung: wenig herabgesetzt. Aschner negativ.

Prüfung des vegetativen Systems: Hypertonie mit Vagotonie (siehe Abb. 3).

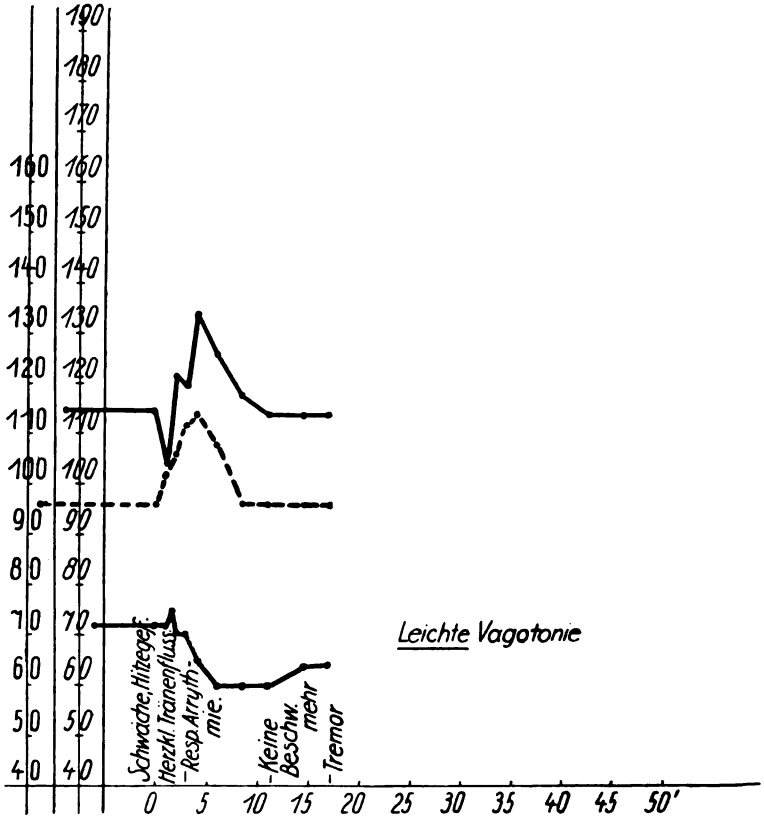


Abb. 3

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Nebenniere	Testis	Thyreoidea	Thymus
D_6 (1)	D_6 neg.	D_6 (1)	D_{10} (5)	D_6 (1)	D_6 (1)	D_6 (6)
D_5 (2)	D_4 (1)			D_4 (2)	D_3 (2)	

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Testis	Nebenniere
10	5	5	4	3

Digitized by Google

Hiernach liegt eine Veränderung im Hypophysenabbau vor, die auch in der Kutanprobe und der Herabsetzung der spezifisch-dynamischen Wirkung ihre Bestätigung findet.

Aus diesem Grunde haben wir dem Patienten Vitrisol cum Hypophyse zugesetzt, wobei nach 14tägiger Einnahme des Medikaments sich folgende Veränderung der interferrometrischen Werte ergab:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Testis	Nebenniere
8	15	25	17	10

Die Kurve ist in ihrem jetzigen Wert fast völlig ausgeglichen, womit die epikritische Auswertung unserer Untersuchungsbefunde bestätigt ist.

Fall 3. Gertrud S., 20 Jahre alt, seit 4 Wochen bemerkt die Patientin ohne irgend welche subjektive Beschwerden eine Hauterscheinung an der Brust, die sich im Laufe der Zeit an den Rändern etwas ausgedehnt hat. Angeblich sind die Ursprünge an einem Tag bei Aufenthalt im Freien aufgetreten.

Befund: Über dem Sternum ein etwa 5 cm langer und 1 cm breiter gelblich-rötlich verfärbter, im Niveau der Haut liegender Fleck, scharf gegen die Umgebung abgesetzt, zum Teil polygonal konfiguriert. Die Randpartien zeigen mehr rote Verfärbung, während die mittleren Partien mehr gelblichrot erscheinen, Schuppenbildung fehlt. Auch im übrigen keine Veränderung der Hautoberfläche.

Differentialdiagnostisch konnte Eczema seborrhoicum (Eczème en circinée BROCQ, Eczema praesternale JADASSOHN, Eczematide psoriasiforme DARIER) wegen des Fehlens der Schuppenbildung und der eigenartigen Verfärbung ausgeschlossen werden.

Es handelt sich um die erythematöse Form des Eczema annulare, wie sie DOHI, LENNHOFF u. a. m. beschrieben haben.

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: normal; spezifisch-dynamische Wirkung: normal. Prüfung des vegetativen Systems ergibt eine Normal-Adrenalinkurve.

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Ovar	Nebenniere	Thymus	Thyreoidea
D_6 neg.	D_6 (3)	D_6 neg.	D_6 neg.	D_{10} (7)	D_6 (6)	D_6 neg.
D_4 (2)		D_4 (2)	D_4 (1)			D_5 (2)

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
12	17	27	16	17

Zusammenfassend ergibt die Untersuchung keine besondere Störung in der Korrelation der Inkretionsdrüsen bis auf die etwas hohen Thymuswerte, die auch bei der Kutanprobe zum Ausdruck kommen.

Es handelt sich also um die Frage, ob die veränderten Thymuswerte rein physiologischer Natur sind in Beziehung zu dem Alter der Patientin oder ob eine Thymus persistens als Ursache anzusprechen ist. Diese letztere Annahme jedoch kann nach den bisherigen Erfahrungen wegen der Normalwerte des Gasstoffwechsels und der übrigen normalen Inkretionskurve ausgeschlossen werden.

Wir hatten der Patientin experimenti causa Vitrisol cum Thymus zugeführt, haben aber leider, da die Patientin wegen ihrer an und für sich harmlosen Hautaffektion nicht gewillt war, sich weiter untersuchen zu lassen, keine Kontrolluntersuchung vornehmen können.

Digitized by Google

Fall 4. Gertrud H., seit 14 Tagen über dem Sternum eine umschriebene Rötung, die sich am Rande weiter vorschiebt, subjektiv aber keine Beschwerden macht. Patientin glaubt die Hautveränderung auf eine Verletzung durch eine Raupe zurückführen zu müssen.

Befund: Über dem Sternum in Höhe des Rippenansatzes eine etwa 4 cm breite, ovale, zum Teil etwas ausgezackte, scharf gegen die Umgebung abgesetzte Hautveränderung, während die mittleren Partien gelblich-rötlich verfärbt sind.

Wegen der Differentialdiagnose verweise ich auf die Besprechung in dem vorhergehenden Fall. Es kam weiterhin Urticaria perstans in Frage, die aber wegen des Fehlens der subjektiven Beschwerden und der charakteristischen Ausdehnung am Rande ausgeschlossen werden konnte, ebenso die Roseola tardiva (FOURNIER) wegen der Lokalisation des Einzelherdes und der Niveaudifferenz zwischen Rand- und Zentralpartien.

Abb. 4

Es handelt sich um die urtikarielle Form des Erythema annulare, wie sie von LITTLE, SKLARZ usw. beschrieben ist.

Die Untersuchung des Gasstoffwechsels der Interferrometrie und der Prüfung des vegetativen Systems usw. wurde von der Patientin abgelehnt.

Fall 5. Arthur J., 31 Jahre, vor 2 Jahren Ausschlag an der linken Gesichtsseite in Gestalt von girlandenförmigen Kreisen, der nach vierwöchentlichem Bestehen ohne Lokalbehandlung ex se zur Abheilung kommt. Rezidiv vor 1 Jahr und jetzt wieder seit 14 Tagen. Subjektiv keine Beschwerden.

Befund: Über der linken Gesichtshälfte, übergreifend auf den Hals und die Stirn, zahlreiche bis münzengroße, kreisrunde, zum Teil girlandenförmig angeordnete Herde, deren Randpartien sich aus zahlreichen aneinandergereihten Knötchen von hellroter Farbe zusammensetzen, die oberflächliche Schuppenbildung zeigen. Die eingeschlossenen Hautpartien sind blaurot verfärbt, zeigen im übrigen keine Veränderungen.

Differentialdiagnostisch konnte Lupus erythematodes acutus wegen des Fehlens von Allgemeinerscheinungen, der Lupus erythematodes an sich wegen des Fehlens von Atrophie, erweiterten Follikeln mit Hornzäpfchen ausgeschlossen werden. Weiterhin mußte man an ein Erythema centrifugum denken, das TÖRÖK als besondere Abart vom Lupus erythematodes abgrenzt, bei dem namentlich bei jungen Mädchen symmetrisch im Gesicht umschriebene Hautrötungen auftreten, die sich am Rande weiter vorschieben und dann konfluieren können, um nach einiger Zeit sich völlig zur Norm zurückzubilden, allerdings mit einer starken Neigung zum Rezidivieren. Nach mehreren Schüben findet sich dann in den Zentralpartien Schuppenbildung, und im Laufe der Zeit kann sich aus dem Bild das typische Bild des Lupus erythematodes mit zentraler Atrophie entwickeln. Erwähnen möchte ich noch die Psoriasis gyrata, die aber wegen der oberflächlichen Schuppenbildung, des Fehlens der papillaren Blutungen und der intensiven roten Verfärbung auszuschließen ist.

Digitized by Google

Bei der Parapsoriasis, der Pityriasis lichenoides chronica sind die einzelnen Knötchen isoliert, die Schuppenbildung ist nicht so auffällig wie in dem vorliegenden Krankheitsbild, und wenn es sich mehr um die flächenhafte Form handelt, so wird der ganze Herd von der Schuppenbildung eingenommen, die aber bedeutend adhärenter ist und zum Teil nach Lösung papillare Blutung zeigt.

Es handelt sich um ein Erythema annulare, das wegen der Schuppenbildung nach Darier in die Gruppe der Eczématides papulo-circinées migratrices einzureihen ist.

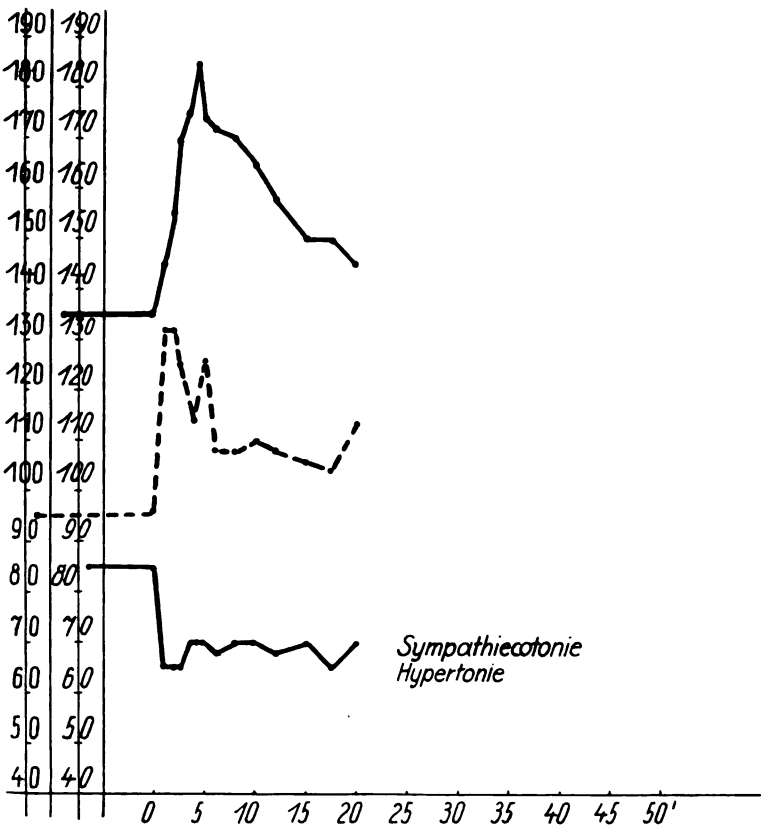


Abb. 5

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: 10% erhöht; spezifisch-dynamische Wirkung: erhöht. Prüfung des vegetativen Systems: Sympathikotonie. Aschner mäßig positiv. Mineralstoffwechsel normal.

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Testis	Thymus	Nebenniere	Thyreoidea
D_6 (8)	D_6 (8)	D_4 (1)	D_6 neg.	D_6 neg.	D_{10} (8)	D_6 neg.
			D_5 (1)	D_4 △1		D_4 (2)
			D_4 (7)			

Digitized by Google

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Testis	Nebenniere
31	39	29	35	28

Zusammenfassend handelt es sich allem Anschein nach um eine allgemeine Hyperfunktion im Inkretionsstoffwechsel, was sich aus den hohen Abbauwerten nach der interferrometrischen Untersuchung und der starken Kutanreizbarkeit durch die Hormone ergibt, womit auch die Erhöhung des Gasstoffwechsels ihre Erklärung findet. Allerdings stehen die Abbauwerte für Hypophyse, Thymus, Nebenniere und der Thyreoidea nicht in dem Verhältnis von 1 : 2, wie es nach der Ansicht von LENDEL für eine Normalkurve erforderlich ist, ob es sich aber bei den sonst normalen Abbauwerten um eine wirkliche Korrelationsstörung handelt, oder wie weit Fehlerquellen in der Untersuchungsmethode selbst in ursächlichem Zusammenhang stehen, wage ich auf Grund meiner bisherigen Erfahrungen nicht zu entscheiden.

Fall 6. Franz J., 25 Jahre, anläßlich eines Sturzes Dystorsion des Grundgelenkes des rechten Daumens, nach etwa 8 Wochen über dem Grundgelenk des rechten Daumens eine etwa markstückgroße, leicht erhabene gerötete Stelle, die sich, ohne subjektive Beschwerden zu machen, im Laufe der Zeit völlig zurückbildet.

Vor einem Jahr trat unvermittelt dieselbe Erscheinung auf, die wieder im Verlauf von etwa 3 Wochen ohne Behandlung verschwand. Jetzt wieder seit 8 Tagen dasselbe Bild.

Befund: Über dem Grundgelenk des rechten Daumens auf der Dorsalseite ein etwa markstückgroßer, leicht erhabener, kreisrunder, scharf gegen die Umgebung abgesetzter, hellrot verfärbter Herd.

Differentialdiagnostisch ist Urtikaria, Erysipeloid, Erysipel aus dem bei den vorhergehenden Fällen besprochenen Grund ausgeschlossen. Es handelt sich um die urtikarielle Form des Erythema annulare.

(Schluß folgt)

Ätherspray zur Förderung des Haarwuchses

Von

Dr. J. SAUDEK in Brünn

Die im Zentralblatt für Haut- und Geschlechtskrankheiten, 1927, Nr. 9/10, erschienene Arbeit von POLLAND: Über Ursachen und Bekämpfung des Haarausfalles, bespricht in objektiver Weise den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse auf diesem Gebiete.

Als Resultat unseres therapeutischen Könnens ergibt sich, daß wir gegen die spezifischen Ursachen des Haarausfalles, soweit dieselben bekannt sind, auch spezifische Mittel besitzen, daß wir aber, was die Förderung des Haarwuchses an sich betrifft, noch immer auf dem Wege der Versuche uns befinden. Den kritischen Äußerungen des Autors über Licht und Röntgenbehandlung, Humagsolan und andere Haarreizmittel kann ich mich auf Grund vieljähriger Erfahrungen voll anschließen. POLLAND hat auf Grund einer zufälligen Beobachtung das Pellidol als ein den Haarwuchs förderndes Mittel erkannt, während ich, von theoretischen Erwägungen ausgehend, zu einer gleichlautenden Annahme gelangte, welche durch jahrelange Erfahrung auch bestätigt wurde. Ich habe hierüber im Derm. Zbl., 1919, Bd. 23, Nr. 8, berichtet und daselbst eine 2%ige Pellidolsalbe, ebenso wie 2%igen Pellidolspiritusäther zur Behandlung der Alopecia areata und des allgemeinen Haarausfalles empfohlen. POLLAND hat eine das Pellidol enthaltende Haartinktur Eucrinol in die Praxis eingeführt. Merkwürdigerweise sind uns die unabhängig voneinander gemachten Erfahrungen entgangen, ebenso wie, soviel ich weiß, das sonst vielbenützte Pellidol nach dieser Richtung nicht nachgeprüft wurde.

Digitized by Google

Vor zwei Jahren bin ich durch eine klinische Erfahrung zu Versuchen in anderer Richtung geführt worden. Bei einem Patienten, den ich wegen eines Handekzems behandelte, fiel mir ein überaus dichter Haarwuchs am Rande beider Ohrläppchen auf. Auf die Frage, seit wann dieser auffällige Befund bestehe, erzählte der Patient, daß der üppige Haarwuchs an ungewohnter Stelle nach einer starken Erfrierung beider Ohrmuscheln aufgetreten sei. Es war selbstverständlich klar, daß eine spezielle Anlage vorher bestanden haben müsse, doch schien es mir wahrscheinlich, daß der genannte Kälteinsult eine Auslösung stärkeren Haarwuchses bewirkt haben könnte. Bestehen doch wiederholte Angaben über verstärkten Haarwuchs bei Menschen, welche auch im Winter den Kopf unbedeckt tragen. Auch hatte ich in ärztlichen Berichten von Kriegsgefangenen in Sibirien gelesen, bei denen die Fröste den Haarwuchs der Soldaten günstig beeinflußt haben sollten. Auch die gedankliche Analogie mit der alljährlich sich wiederholenden Erscheinung eines dichteren Pelzes bei im Freien überwinternden Tieren war naheliegend.

Es schien mir ratsam, vorerst experimentell einen Nachweis dieser Erscheinung zu suchen. Im Universitätsinstitut für experimentelle Pathologie des Herrn Prof. LAUFBERGER in Brünn habe ich folgenden einfachen Versuch angestellt. Ein Kaninchen, das auf beiden Bauchseiten in der Ausdehnung eines Zweimarkstückes rasiert war, wurde auf der einen Seite zweimal täglich mit Ätherspray bis zur leichten Erfrierung behandelt, während die andere Seite unbeeinflußt blieb. Nach Ablauf einer Woche schon zeigte sich die besprayte Seite stark pigmentiert und es erschienen die Spitzen neuer Härchen. Diese wuchsen so rasch, daß nach Ablauf von drei Wochen diese Seite voll bewachsen war, während die andere noch vollkommen kahl blieb. Erst als der besprayte Hautbezirk kaum mehr in seiner Behaarung sich von seiner Umgebung unterschied, begann auch der Haarwuchs im langsameren Tempo auf der unbehandelten Seite nachzufolgen. Dieser Versuch wurde dann noch an zwei anderen Kaninchen mit dem gleichen Resultat wiederholt. Es scheint mir, daß für diese auffällige Erscheinung folgende Erklärung entsprechen könnte. Die Erfrierung bewirkt nach ursprünglicher Anämie eine kräftige Hyperämie und vielleicht auch leichte Entzündung. Die hierdurch bewirkte Überernährung und damit verbundene Überschwemmung mit Nährplasma hat dann die ungewöhnlich rasche Haarregeneration zur Folge. Ich glaube, daß hierbei spezifische Wuchshormone eine Rolle spielen, welche zur behandelten Stelle hingelenkt, der anderen ermangelten. Erst die vollständige Regeneration der Haare würde diese Wuchsreizstoffe wieder der anderen unbehandelten freigeben.

In den zwei folgenden Jahren habe ich zahlreiche, mehr als fünfzig Fälle, von Alopecia areata und allgemeinem Haarausfall, meist als Folge von abgelaufenen allgemeinen Ernährungsstörungen oder beendeter Seborrhoe mit Ätherbesprayung behandelt. Sowohl die Angaben der Patienten, wie meine eigenen objektiven Beobachtungen zeigten mir den Tierversuchen analoge, sehr günstige Ergebnisse. In einigen Fällen zeigte sich die Haarregeneration in so deutlicher Weise und so rasch, daß sich mir ein unzweifelhafter ursächlicher Zusammenhang ergab. Auch dort, wo ich die Ätherspraybehandlung mit Höhensonne kombinierte, hatte ich den sicheren Eindruck, daß, verglichen mit früheren therapeutischen Erfahrungen, erstere unterstützend mitgewirkt habe. Von seiten eines Kollegen, welcher auf meinen Wunsch bei mehreren Alopecia-areata-Fällen mit mehrfachen kahlen Stellen die einen Stellen desselben Falles mit Höhensonne, die anderen mit Ätherspray behandelte, wurde mir angegeben, daß die neue Therapie der Lichtbehandlung zumindest nicht nachstehe.

Eine Kombination der Ätherspray- mit einer Schwefel-, resp. Pellidolbehandlung lag auf der Hand. Letzteres Präparat löst sich glatt in Äther auf. Die Anwendung eines 1%igen Pellidol-Ätherspray, täglich wiederholt, hat nur die eine Unannehmlichkeit, daß hierbei die Haut leicht orangerot gefärbt wird. Doch wurde dieser Umstand von den Patienten, insbesondere von männlichen, nur wenig beanstandet.

Von den Schwefelpräparaten erwies sich Sulfoform, das sich mir auch sonst in antiseborrhoeischer Behandlung bestens bewährt hatte, schon wegen seiner Ätherlöslichkeit als das geeignetste. Nach Besprayung der Kopfhaut mit 1%igem Sulfoformäther bis zur leichten Anfrierung der Haut und Verdunstung des Äthers bleibt ein leichter Sulfoformbelag übrig, welcher zweckmäßig in die Kopfhaut einmassiert wird. Hierdurch ist die Möglichkeit gegeben, die Anwendung auch wenig fettender Schwefelsalben einzuschränken. Mag auch bei den erzielten günstigen Resultaten in der Behandlung der seborrhoeischen Kopfhaut hierbei der Schwefel die Hauptrolle spielen, so erscheint seine Applikation in dieser Form immerhin angemessen, wobei der Umstand noch in die Wagschale fällt, daß der Äther als solcher auch das überschüssige Fett löst. Wenn bei

Digitized by Google

Anwendung von Haarspiritusen auch diese Eigenschaft sich als nützlich erweist, sicher aber die Erzielung einer Hyperämie die wichtigste Quote der Heilwirkung in sich birgt, so ist es plausibel, daß der Äther, insbesondere in Form des rasch verdunstenden Sprays dem Alkohol durch die nach primärer Erfrierungsanämie wesentlich stärkere Hyperämie überlegen ist. Bei entsprechender Belehrung des Patienten ist die Feuergefahr des Äthers nicht als erschwerend anzusehen. Ich habe bisher keinerlei Klagen über Unannehmlichkeiten oder Schädlichkeiten des Ätherspravs von seiten der Klienten gehört und halte die Methode darum einer Überprüfung wert.

Anmerkung bei der Korrektur: Es empfiehlt sich folgende Zubereitung des 1%igen Sulfoformäthers. 1 g Sulfoform wird mit 5 ccm Spiritus vini, der für die Privatpraxis auch parfümiert sein kann, gemischt und dann in einer etwas mehr als 100 ccm fassenden Flasche auf dieses Quantum Aether sulfuricus aufgefüllt. Die mit vorteilhaft niedergebundenem Korkstöpsel fest verschlossene Flasche wird im Wasserbad bis zur vollständigen Lösung des Sulfoforms erwärmt.

Zu Casparis Vortrag: Neuere Krebsforschungen[1])

Diskussionsbemerkungen

Von

Dr. A. Philippson in Hamburg

Prof. Caspari möchte ich nicht auf das Gebiet der allgemeinen Reiztheorie folgen, sondern möchte nur von den chemischen Reizen sprechen. Übereinstimmung besteht in der Ablehnung der parasitären Hypothese, wenigstens wenn angenommen wird, daß bei der Krebsentstehung stets ein avisibler oder ultravisibler Keim zugegen sein muß. Denn, wenn man mit einem der stärksten Antiparasitika, dem Teer, so bequem den Krebs erzeugen kann, so ist es nicht recht verständlich, warum die Gegenwart eines lebenden Virus gefordert werden sollte. Aber auch die Hypothese des Vortragenden scheint mir eine unnötige Zwischenschaltung zwischen Ursache und Wirkung zu sein. Caspari nimmt an, daß die karzinogene Substanz eine Nekrose der normalen Zelle erzeuge, und daß durch die Zersetzungskörper Hormone frei werden, die ihrerseits die Umwandlung der Normalzelle in eine Krebszelle hervorrufen. Nun ist der Teer ein Produkt trockener Destillation von organischer Materie, warum sollte dieser mit seinen unendlichen Faktoren nicht selbst die Umwandlung herbeiführen, kennen wir doch einen Teil desselben, das Anilin, das bestimmt beim Menschen den Krebs der Blase erzeugt.

Wenn ich mich darüber äußern soll, wie ich mir den Vorgang der Krebswerdung durch chemische Mittel vorstelle, so wäre als erstes Stadium zu bezeichnen die Aufdrängung eines chemischen Körpers, der der normalen Zelle nicht ganz fremd, aber in dem Übermaß nicht eigen ist. Als weiteres Stadium würde nicht nur die passagere Aufnahme gelten können, die möglicherweise nicht ohne Schädigung der Zelle abgeht, sondern vielmehr die Umsetzung und Bindung des von außen kommenden Stoffes mit den vorhandenen chemischen Bestandteilen der Zelle zum dauernden Besitz. Durch diese Umwandlung der chemischen Konstitution hat sich auch der Charakter der Zelle zur Krebszelle vollzogen mit den ihr besonders eigentümlichen Eigenschaften der Zerstörung und Giftbildung. Zu ihrer eigenen Erhaltung bedarf sie des spezifischen Stoffes, den sie sich vermittels ihrer Fermente aus der lebenden Materie der Umgebung holt. Nach Virchows Anschauung wird die Zelle nicht ernährt, sondern sie ernährt sich. In der Umgebung des Krebses sehen wir daher meist Zerstörung des Gewebes und entzündliche Vorgänge. Haben wir einmal die Krebsgenese auf die chemischen Reize zurückgeführt, so wollen wir aus dem großen Komplex, Teer genannt, wissen, welche einfachen chemischen Körper die wahre Ursache sind. Hierin ist noch sehr wenig gearbeitet worden. In diesem Zusammenhang möchte ich auf die Resultate des Londoner Forschers Kennaway verweisen, dem es geglückt ist ausschließlich aus Kohlenwasserstoffen Körper herzustellen, die ebensogut wie gewöhnlicher Teer Krebs erzeugen. Von Forschungen in dieser Richtung erwarte ich Fortschritte in der Erkenntnis der Krebsgenese.

---

[1]) Derm. W., 1927, Bd. 85, Nr. 34, S. 1173. Vgl. auch A. Philippson: Ein Beitrag zur Krebsätiologie auf Grund klinischer Beobachtungen. Kl. W., 1926, Nr. 33.

Digitized by Google

Versammlungen

Berliner Dermatologische Gesellschaft

Sitzung vom 12. Juli 1927

Bericht von L. Kleeberg-Berlin

Krankendemonstrationen.

1. Langer (Klinik Buschke):

a) **Berlocque-Dermatitis nach Eau de Cologne** (4711).

b) Drei Fälle von **Röntgenulzerationen.** Günstige Beeinflussung mit Detoxinsalbe und intramuskulären Injektionen von Detoxin.

Diskussion: Chajes sah in 2 Fällen von tertiärer Lues Gutes von Detoxin.

Buschke empfiehlt das Detoxin bei Lues nur in den der antiluetischen Therapie resistenten Fällen zu versuchen.

Buschke: a) 35jähr. Frau mit **Acrodermatitis chronica atrophicans.**

b) Frau mit **Syringomen,** von den Klavikeln bis unter die Mammae reichend.

c) **Skleroedema adultorum mit muskulärer Lokalisation.** 46jähr. Frau, bei der im Januar 1927 gleichzeitig mit einer Grippe eine Schwellung der Schilddrüse auftrat, die unter Jod zurückging. Ende Februar Zucken und Krämpfe in den Armen und im Gesicht, Schwellung an den Unterschenkeln, danach an den Armen, im Gesicht und an anderen Körperstellen. Bei der Aufnahme mangelnde Mimik, doch kein Salbengesicht, und bei der Palpation deutlich fühlbar eine Resistenz der Muskulatur, ungleichmäßig an den verschiedenen Muskelgruppen, stark befallen sind die Beine, weniger das Gesäß, sehr stark die paravertebrale Gegend der Lendenwirbelsäule; betroffen sind ebenfalls die Arme und das Gesicht. Mammae sind frei. Allgemeinbefinden wenig gestört. Differentialdiagnose schwankte zwischen Dermatomyositis — Schmerzen und Allgemeinerscheinungen fehlten —, Trichinose-Eosinophilie fehlte, histologisch auszuschließen muskuläre Form der Sklerodermie und des Skleroedema adultorum (Buschke). Für letztere Form sprach die rasche vollständige Rückbildung in wenigen Wochen unter Radiogenbädern und Thyreoidin.

d) **Lupus erythematodes im Gesicht** bei einem 41jähr. Manne. Die Erkrankung trat mit sehr stürmischen und akuten Erscheinungen unter Fieber auf.

e) **Angeborene Hyperkeratose beider Handteller und Fußsohlen mit hochgradigen Wachstumsstörungen der Nägel** bei einem 19jähr. Mädchen. Gleichzeitig fehlen die äußeren Drittel der Augenbrauen.

f) **Gewerbedermatitis.** Schwere Dermatitis bei einem Tischler nach Arbeiten mit Makassarholz. In demselben Betrieb noch mehrere Arbeiter erkrankt.

g) **Demonstration einer Fußmoulage** eines Mannes mit **gonorrhoischer Sepsis.** Wie an der Moulage gezeigt, traten an beiden Händen und Füßen seit mehreren Monaten an den Endgliedern scharf begrenzte symmetrische Rötung und geringe Schwellung der Haut auf. An den Innenrändern der Füße gleichzeitig ab und zu typische gonorrhoische Hyperkeratosen.

h) Bericht über einen schweren Fall von **Impetigo herpetiformis** bei einer 68jähr. Frau. Typisches Krankheitsbild, das unter Follikulinbehandlung — 13 Injektionen — sich vollständig zurückbildete. Röntgenologisch fand sich eine Verkalkung im Gebiet der Hypophyse.

i) Von dem in der Mai-Sitzung demonstrierten Fall von **Anetodermie** werden Röntgenbilder demonstriert, die zeigen, daß in den meisten Gebieten des Knochensystems fleckförmige, ausgedehnte Kalkauflösungen stattgefunden haben.

Diskussion: Pulvermacher zu 2 g. Mangel an Sauerstoff soll für die Ausbildung verruköser Varietäten von Bedeutung sein; es wäre festzustellen, ob eine arterielle Hyperämie vorliegt.

Zu 2 e. Das Fehlen der Haare im äußeren Zweidrittel der Augenbrauen deutet eventuell auf besondere Verhältnisse im hormonpoetischen System.

Zu 2 h. Man braucht trotz des Effektes des Eierstockspräparates in den weiblichen Keimdrüsen nicht den entscheidenden Faktor des Krankheitsbildes zu sehen, Epithelkörpercheninsuffizienz scheint doch im Mittelpunkt der Pathogenese zu stehen.

Digitized by Google

Zu 2h. Buschke gibt zu, daß bei dem innigen Zusammenhang des ganzen endokrinen Ringes nicht mit unbedingter Sicherheit aus der Wirkung des Follikulins auf einen Angriffspunkt dieser Erkrankung in den Genitalorganen zu schließen ist, doch scheint es sehr wahrscheinlich, daß dort der Hauptherd zu suchen ist, vielleicht auch außerdem in der veränderten Hypophyse.

3. Klopstock: a) **Morbus Recklinghausen.** Mann, der neben den mit typischen Erscheinungen besonders zwei Riesentumoren aufweist. Röntgenologisch an allen Knochen starke Verbreiterung der Kortikalis, besonders auch an der Sella turcica.

b) **Bromoderma tuberosum**. Bei einem Manne, der längere Zeit Mixt. nervina einnahm, entwickelte sich in 8 Tagen eine rhinophymartige Schwellung der Nase. Rückgang nach Aussetzen der Brommedikation.

4. Joseph: **Folliculitis et Perifolliculitis abscedens et suffodiens (Hoffmann).** Seit etwa 10 Jahren bei dem 42jähr. Manne bestehende, sehr schmerzhafte wulstartige Knoten und Abszeßbildung, zum Teil konfluierend, zum Teil diffuse Infiltrate, besonders im Nacken. Die Hauptherde sitzen am Hinterkopf. Im Gesicht gleichzeitig große trichterförmige Follikel und Komedonen. Durch die Therapie kaum zu beeinflussen.

b) **Folliculitis decalvans.** Bei einem 54jähr. Manne seit etwa 5 Monaten, neben zahlreichen atrophischen Narben auf der Kopfhaut und im Barthaar, keloidartige Verdickungen und pustulöse Follikulitiden. Kulturell konnte Staph. aureus gezüchtet werden.

Diskussion: Buschke glaubt auch, daß das Aknekeloid mit den demonstrierten Fällen nichts zu tun hat. Primär ist wohl die Erkrankung der Follikel, sekundär, aber hierbei besonders schwerwiegend, die sekundäre Infektion. Besonders hervorzuheben ist die schwere therapeutische Beeinflußbarkeit, die wahrscheinlich zu radikal chirurgischen Eingriffen zwingt.

5. Fischel: Fall zur Diagnose. **Dermatitis herpetiformis Duhring?** 59jähriger Diabetiker. Hautaffektion ist zur Zeit abgeheilt. Seit 12 Jahren tritt anfallsweise ohne jeden Juckreiz ein etwa zehnpfennigstück- bis kleinhandtellergroßer Fleck auf, in dessen Mitte nach einigen Tagen eine blasige Vorwölbung entsteht, die später eintrocknet und eine Kruste bildet. Juckreiz, Polymorphismus fehlt, es entsteht immer nur ein Fleck. Der Prozeß heilt mit Pigmentation, an ganz vereinzelten Stellen mit Depigmentation. Im Blut geringe Vermehrung der eosinophilen Zellen.

6. Ostwald: 44jährige Frau mit **Acanthosis nigricans.** Entwicklung innerhalb 2—3 Monaten. Es sind nicht nur Haut und Schleimhäute befallen, sondern auch im Augenhintergrunde sind Veränderungen im Sinne der Acanthosis nigricans. Blutdruck 90/65 (Erkrankung der Nebenniere oder Plexus solaris?). (Erscheint ausführlich.)

7. Ledermann: a) **Fall zur Diagnose.** 46jähr. Mann mit universellem, stark juckendem Hautausschlag, Lichen ruber accuminatus et planus oder Lichen chronicus Vidal universalis.

b) Mann mit aus **Lichen-planus-ähnlichen Knötchen** zusammengesetztem netzartigem Exanthem beider Vorderarme.

8. Heller: 20jähr. Mann mit **Dystrophia mediana der Nägel;** Kanalform.

9. Löhe: 17jähr. Patientin mit **Lupus erythematodes.** Vor 14 Tagen bekam die Patientin durch ihren Arzt eine Injektion von Triphal 0,025; 2 Tage später trat eine **universelle Dermatitis** ein, die nach Aufnahme der Patientin auf die Abteilung sich noch von Tag zu Tag verstärkte. Die Haut des Gesichts, der Brust, des Rückens war dunkelblau bis tiefbraun verfärbt, geschwollen, über große Bezirke hin infiltriert und mit feinen lamellösen Schüppchen bedeckt. Am Hals, den Armen, besonders an den Unterschenkeln zahllose Hämorrhagien. Die Patientin leidet seit mehreren Jahren an einer Nephritis, die aber — anscheinend mit der Dermatitis — eine Verschlimmerung erfahren hat. Zweifelsohne ist die verabfolgte Dosis keine zu hohe; jedoch würde es sich empfehlen, die Anfangsdosis noch kleiner zu wählen. L. hat 7 Fälle von Lupus erythematodes mit Triphal behandelt, gute Erfolge erzielt, obwohl er mit Dosen von 0,0005 angefangen, dann 0,001, 0,005 und zum Schluß 0,01 gegeben hat.

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Bücherbesprechungen

Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von M. Oppenheim-Wien. (5. Aufl. Preis RM. 12.—, geb. 14.—. Verlag F. Deuticke-Wien.) Das Praktikum des bekannten Wiener Dermatologen erscheint in ergänzter und verbesserter Auflage. Es gibt kurz und prägnant einen Überblick über Morphologie, Histologie und Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten. O. folgt in der Einteilung im großen und ganzen dem auf pathologisch-anatomischen Grundsätzen fußenden alten Hebraschen System. Trotzdem wird das kausal-genetische Prinzip nicht vernachlässigt, viele wichtige neuere Ergebnisse in der Ätiologie und Therapie werden angeführt. Im Kapitel Syphilis ist der Klinik und Differentialdiagnose ein breiter Raum gewährt. Auch die meist angewandten Blut- und Liquorreaktionen werden in sehr verständlicher Weise besprochen. Bei der Therapie der Syphilis kommt die Wismutbehandlung mit 8 Zeilen zu kurz weg, bei der heutigen Bedeutung dieser Behandlungsmethode wäre eine längere Besprechung am Platze gewesen. Verf. ist, wie bekannt, Anhänger der chronisch-intermittierenden Behandlung der Lues. Histologische und instrumentelle Bilder sind beigegeben. Das Buch ist, wie immer, in erster Linie für Studenten und praktische Ärzte gedacht und kann diesen aufs wärmste empfohlen werden, denn es gibt einen guten und schnellen Überblick über das große Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

A. Holländer-Bielefeld.

Hautfunktionsprüfungen, von O. Moog-Marburg a. L. (Preis br. RM. 11.—, geb. 13.—. Verlag G. Fischer, Jena 1927.) Die Beziehungen der Haut zum Gesamtorganismus haben gerade in den letzten Jahren eine besondere Beachtung erfahren. Zahlreiche klinische und experimentelle Untersuchungen haben uns exakte Unterlagen für das Wesen dieser Beziehungen geliefert und die Bedeutung der Haut für Vorgänge im Innern des Organismus, insbesondere für das immunbiologische Geschehen aufgedeckt, andererseits die Abhängigkeit der Haut von den inneren Organen in ein besseres Licht gerückt. Freilich sind die Ergebnisse dieser Bemühungen, soweit sie einer exakten Kritik stand halten, noch nicht allzu reichlich, wenngleich die Zahl der Arbeiten nahezu unübersehbar geworden ist. Ein weites Feld zur Betätigung ist offen. Es ist deshalb dem Verf. als ein besonderes Verdienst anzurechnen, daß er sich der gewiß schwierigen Aufgabe unterzogen hat, die auf diesem Gebiete vorliegenden Ergebnisse zu sammeln und kritisch zu sichten, wobei er in richtiger Erkenntnis und mit großem Geschick das Hauptaugenmerk auf die Arbeitsmethodik richtet, ohne die Theorie mehr als erwünscht in den Hintergrund treten zu lassen. Der erste Hauptteil ist den allergischen Hautproben gewidmet. Nach einer gedrängten kritischen Würdigung der neueren Theorien über die Beziehungen zwischen Allergie, Anaphylaxie und Idiosynkrasie werden die idiosynkrasischen Reaktionen behandelt, wobei freilich ihrer Bedeutung für die Dermatosen nur ein beschränkter Raum zur Verfügung steht. Dann folgt eine übersichtliche, jedoch ausreichende Darstellung der Toxinreaktionen (insbesondere Diphtherie, Scharlach, Masern) und schließlich wird die Tuberkulinreaktion in ihren verschiedenen Modifikationen, ihrer Teknik und Bedeutung ausführlich behandelt. Dann folgt eine Besprechung der Toxinüberempfindlichkeit bei Lues, Trichophytie, Sporotrichosis, Malleus, Aktinomykose, Echinokokkus, Soor und Oxyuriasis. Überall ist die Methodik (Extraktbereitung, Technik der Reaktion) besonders gewissenhaft wiedergegeben, so daß der praktisch Interessierte alle wesentlichen Arbeitsvoraussetzungen entnehmen kann. Ein zweiter Abschnitt referiert über die unspezifischen Reizproben der Haut, wobei die mechanischen, chemischen, elektrischen, pharmakodynamischen u. a. Reizproben besonders behandelt sind. Aus dem weiteren Inhalt seien noch besonders hervorgehoben die Kapitel über Kapillarmikroskopie und die Methode zur Bestimmung der Hautausscheidung und der Hauttemperatur. Es liegt nicht im Plan des Werkes, Neues zu bringen und doch wird jeder, der sich in seinen Inhalt vertieft, vieles finden, das ihm unbekannt war. Die objektive Art und die Gewissenhaftigkeit, mit welcher der für den einzelnen heute nur

Digitized by Google

schwer zu übersehende Stoff hier geordnet und gewürdigt wird, verdient besonders anerkannt zu werden. Jeder Dermatologe, der sich mit experimentellen Fragen beschäftigt, sollte dieses Buch besitzen. E. Schröpl-Prag.

Handbuch der Röntgentherapie. Liefg. 9: **Die Röntgentherapie bei Erkrankungen des zahnärztlichen Fachgebietes,** von K. Fr. Schmidhuber-Bonn. (Preis RM. 4.50. Verlag G. Thieme, Leipzig 1927.) Es fehlte bisher ein zusammenfassendes Referat über die Anwendung der Röntgenstrahlen vom Standpunkte des Zahnarztes. Diesen Mangel ersetzt vorliegende Veröffentlichung. Im allgemeinen Teil erfährt der interessierte Zahnarzt die grundlegenden Prinzipien der Biologie, der Dosierung und der Technik der Bestrahlungen. Der spezielle Teil bringt auch dem Allgemeinröntgenologen viel Interessantes aus der Praxis. Oft sehr gute Wirkung bei den akuten und chronischen Wurzelhautentzündungen. E. Hornemann-Lüneburg.

Handbuch der Röntgentherapie. Liefg. 10: **Tierärztliche Röntgentherapie,** von M. Weiser. (Preis RM. 2.—. Verlag G. Thieme, Leipzig 1927.) Aus dem Übersichtsreferat ist zu ersehen, daß die Röntgentherapie nur bei wenigen Tierkrankheiten, wie Ekzem, Akarusräude, Strahlenkrebs und Sarkom versucht worden ist. Es lassen sich zur Zeit noch keine Indikationen für die Therapie aufstellen. Der Ausbreitung der Röntgentherapie stehen noch die mangelnde Apparatur und die ungenügenden Schutzvorrichtungen im Wege. E. Hornemann-Lüneburg.

Therapeutica Cewega. Die Chemischen Werke Grenzach geben in Buchform ein übersichtliches Nachschlageverzeichnis nebst allem Wissenswerten über ihre Präparate heraus, das für Ärzte kostenlos ist.

Mitteilungen aus der Literatur

Pharmakologie und allgemeine Therapie

Über die klinischen Grundlagen einer lokalen chemischen Reiztherapie, von C. B. Strauch, Chir. Univ.-Kl. d. Charite Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 42.) Verf. versucht, die als Folge von Schädigungen im Organismus entstehenden lokalen Reaktionen nachzuahmen und für die Therapie nutzbar zu machen. Es handelt sich um die Möglichkeit der Beschleunigung der Epithelisierung, um die Einwirkung auf die Kallusbildung und Knochenverlängerung, um Ankylosierung von Pseudarthrosen, Verödung von Hohlräumen und Gefäßen, Beschleunigung der Bildung von Granulationsgewebe, Resistenzerhöhung des Gewebes gegen Infektion, Beeinflussung bösartiger Geschwülste usw. Zur Nachahmung der natürlichen Vorgänge eignen sich chemische Reizstoffe, da sie überall anwendbar und in ihrer Art und Intensität variiert werden können. Zur Erzeugung einer ungewöhnlichen lokalen Gewebsleistung ist die zeitliche Dauer des erregenden Reizes von höchster Bedeutung, der indirekt durch Erzeugung von Gewebsschädigungen bewirkt wird, während in der Pathologie hauptsächlich Parasiten mit ihren Folgen den Dauerreiz unterhalten. Eine direkte Dauerwirkung gewährleisten die bewährten Reizmittel (Jodoform, Perubalsam, Scharlachrot und Granugenol usw.), doch sind sie für innergewebliche Anwendung nicht geeignet. Zum Studium der Probleme der Reiztherapie eignen sich vorzüglich Emulsionen, Mischungen aus wässerigen und fettigen Substanzen, deren Gesetze und Dosierungen erst erforscht werden müssen.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Über Reizstoffe und ihre Wirkung im Hinblick auf eine lokale chemische Reiztherapie, von C. B. Strauch, Chir. Univ.-Kl. Charité, Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 146, H. 1, S. 97.) Reizstoffe sind Substanzen, die am Applikationsorte stärkere Reaktion hervorrufen, als auf die durch die Reizstoffe verursachte reine Schädigung zu erwarten ist. Reaktion ist Entzündung, die versucht, die Störungsstoffe am Orte des Eindringens unschädlich zu machen. Die Größe der Entzündung hängt hauptsächlich von drei Faktoren ab, a) von der allgemeinen und lokalen Disposition, b) von der Natur des Reizstoffes, c) von der Resorptionsgröße. Je langsamer die Resorption erfolgt, um so größer ist die örtliche Wirkung (Entzündungserregung), je schneller die Resorption ist, um so größer ist die allgemeine Wirkung (Giftigkeit). Im Interesse der ersteren wären also Reizstoffe unter Bedingungen zu bringen, die eine Depotwirkung (Reizdepot) sichern. Für die Wirkung der Reizstoffe ist ihre chemisch-physikalische Eigenschaft wichtig. Es wird nachfolgend die Reaktionsart von 1. Eiweißkörpern (einschließlich Toxinen und

Digitized by Google

Fermenten), 2. öllöslichen Stoffen, 3. wasserlöslichen organischen Stoffen und 4. wasserlöslichen anorganischen Substanzen auf Grund teils bekannter Ergebnisse, teils eigener Beobachtungen und Versuche (Tierversuche) besprochen und die Schlußfolgerung gezogen, daß bei allen gebräuchlichen Reizmitteln weit mehr die durch diese erzeugten Gewebszerfallsprodukte als die zugeführten Reizstoffe selbst die entzündungserregende Wirkung bedingen. „Zur Erzeugung einer ausgeprägten Zellgewebsentzündung gehören 2 Faktoren: ein qualitativer und ein zeitlicher. All die verschiedenen gebräuchlichen Reizstoffe sind vorwiegend ein Mittel, um die gleiche Ursache des Entzündungskomplexes durch Erzeugung von zur Resorption gelangenden histogenen Zerfallsprodukten auszulösen und durch die gesetzte Schädigung oder (seltener) durch fortdauernde Schädigung zu unterhalten." R. Lewith-Prag.

Vaccin curatif non spécifique (Unspezifisches Heilvakzin), von C. Picado. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 225—227.) Es wurde versucht, ein unspezifisches Vakzin zu erhalten, das möglichst viel Vorteile mit möglichst geringen Schattenseiten verbindet. Es wurde nach einem näher beschriebenen Verfahren, ausgehend von Bierhefe hergestellt und in täglichen subkutanen Einspritzungen von 1 ccm angewendet. Das Vakzin gestattet eine nicht toxische Proteinkörpertherapie, enthält Vitamine, Aldehyde, einen mineralischen Katalysator, ungefähr 2% Äthylalkohol sowie die Salze der angewendeten vegetabilischen Säfte. Es wurden gute Erfolge in einer großen Zahl von ausgedehnten, gegen andere Vakzinen resistenten Furunkulosefällen, bei zahlreichen Hautkrankheiten und weichem Schanker erzielt; besonders wirksam erwies sich das Vakzin bei Typhus und Paratyphus. E. Levin-Berlin.

Das Arzneiexanthem als unspezifischer Heilfaktor, von H. Westphalen, Derm. Kl. Allg. Krkhs. St. Georg, Hamburg. (D. m. W., 1927, Nr. 27, S. 1140.) Verf. teilt einen Fall von echter Migräne mit, bei dem ein durch Luminaldarreichung entstandenes Exanthem eine weitgehende Besserung hervorgerufen hat. F. Harry-Wiesbaden.

Die parenterale Alkoholtherapie, von B. Spiethoff, Univ.-Hautkl. Jena. (D. m. W., 1927, Nr. 27, S. 1128.) Erneute Empfehlung der vom Verf. inaugurierten Methode. Indiziert ist sie bei allen entzündlichen Prozessen mit Tendenz zur Einschmelzung. Die Schmerzen lassen rascher nach, der Verlauf ist wesentlich abgekürzt. Die bekannten Grundsätze der „Reiztherapie" werden betont und die einzelnen Indikationen aufgeführt. Zweifelhaft waren die Erfolge bei Epididymitis und Arthritis blennorrhoica, ferner bei Lup. erythematodes und Erythema Bazin. — In einem Falle von Pollutionen gute Erfolge. Eine Vermehrung gekörnter Erythrozyten konnte nicht festgestellt werden. Technik: Alle 4 Tage 0,1 ccm C_2H_5OH, aufgefüllt mit Aqua auf 0,5—1,0 ccm. Eventuelles Steigern auf 0,2—0,3 ccm. Bei Säuglingen und Kindern 0,02—0,05 ccm.
L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die praktische Bedeutung der spezifischen und unspezifischen Umstimmung, von W. Weichardt-Erlangen. (M. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 1.) Kurzes Übersichtsreferat unter Betonung der Notwendigkeit individuellen Vorgehens bei der unspezifischen Aktivierung der Abwehrkräfte; Ablehnung des Arndt-Schulzschen Gesetzes in diesem Zusammenhang. Hinweis auf die Gefahr der Aktivierung der Erreger anstatt der Körperzellen durch Proteinkörpertherapie bei Infektionskrankheiten. Ablehnung der gekochten Milch als parenterales Therapeutikum wegen der Ungleichmäßigkeit verschiedener Sorten und der Gefahr einer Infektion durch widerstandsfähige, in erster Linie anaerobe Mikroorganismen (Pararauschbrandbazillen); Empfehlung des von Lindig in die Proteinkörpertherapie eingeführten Kaseosans. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zur Frage der intrakutanen Injektionen von Eigenblut in der Dermatologie und Venerologie, von Sakrepa. (Kubanscher Wissenschaftlich-Medizinischer Anzeiger, 1927, Bd. 6, S. 144.) Verf. erzielte günstige Resultate durch Eigenblutinjektionen bei Furunkulose, Impetigo, Ekthyma, Hydradenitis suppurativa, dagegen nur teilweise befriedigende Erfolge bei Acne vulg., Sycosis vulg., Erysipel und unbefriedigende Resultate bei Ekzem, Neurodermitis Brocq, Psoriasis vulg. und Lichen ruber planus.
A. Jordan-Moskau.

Unsere Erfahrungen mit Saprovitan, von O. Bode und J. Axhausen, Inn. Abt. Dtsch. Hosp. London. (D. m. W., 1927, Nr. 28, S. 1185.) Bei Polyarthritis leistet die physikalische und Saprovitanbehandlung nicht mehr als die rein physikalische oder die mit Proteinkörper-Injektionen kombinierte physikalische Behandlung. Postenzephalitische Zustände (Parkinson) wurden überhaupt nicht beeinflußt, das gleiche gilt für die Behandlung chronischer Ekzeme. F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Dijozol, ein Antiseptikum und Desodorans, von C. Huellen. (M. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 24, S. 890.) Empfehlung des Dijozols, einer alkoholhaltigen Lösung eines „nach besonderem Verfahren" dijodierten Salzes der Phenolsulfosäure, die außerdem noch größere Mengen ionogen gebundenes Jod enthält. Keine Hautschädigungen trotz wochenlanger Applikation, konstanter Jodtiter. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über den Jodgehalt des Blutes nach Jodkali und Dijodyl-Darreichung, von B. Wottschall, Med. Univ.-Kl. Hamburg-Eppendorf. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 54, H. 1/2, S. 123.) Bei den Untersuchungen des Jodgehalts im Blut wird festgestellt, daß durch Dijodyl ein besonders stetiger erheblicher Jodgehalt erzielt wird. Bei Jodkaliverabreichung wird ein stärkerer, aber rasch vorübergehender Jodgehalt hervorgerufen. Bei der üblichen über den Tag verteilten Joddarreichung ist bei Dijodyl morgens nüchtern ein stärkerer Jodgehalt feststellbar als bei Jodkali und damit wohl die besonders gute Wirkung zu erklären. F. Rosenthal-Berlin.

Moderne Teertherapie, von Galewsky-Dresden. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 13, S. 461.) Übersichtsreferat.

Zur Schwefeltherapie chirurgischer Krankheiten, von E. Bircher-Aarau. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 19, S. 1155.) Von alters her hat sich die radiumhaltige Schwefeltherme des schweizerischen Bades Schinznach bei der Behandlung von chirurgischen Tuberkulosen gut bewährt, besonders nach vorausgegangener Exkochleation der Fistel- und Eiterhöhlenwandungen. Ähnlich gute Erfolge ergab die kombinierte Behandlung der Tuberkulose der Sehnenscheiden, der Drüsen, des Bauchfells usw. Auch nicht tuberkulöse eitrige Prozesse wurden günstig beeinflußt. Sicherlich handelt es sich hierbei um besondere physiologische Funktionen des Schwefel-Mineralstoffwechsels. Es scheint jedoch nicht nur die Lokalwirkung des Schwefels im Erkrankungsherd selbst von Bedeutung zu sein, sondern noch mehr scheint der in den Kreislauf übergehende und wieder ausgeschiedene Schwefel eine Rolle zu spielen. Von einer gewissen Bedeutung scheint die Aufnahme von Schwefel durch die Haut bei der Atmung zu sein. Deshalb läßt Verf. stets mit der Bäderkur auch eine Trinkkur verbinden. F. Landauer-Berlin.

Über eine neue zweckmäßige Ichthyolkombination, von R. Gralka. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 15, S. 546.) Empfehlung des Ichtholans bei der Furunkulose der Kinder gegenüber der reinen Ichthyoltherapie. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Desitinsalbe, von F. J. Jacob-Binz. (M. Kl., 1927, Nr. 27, S. 1032-1033.) Die Desitinsalbe bewährte sich bei Sonnenverbrennungen an der See in Verbindung mit Blaulichtbestrahlungen. Vorteilhaft ist auch die Auflegung mit Desitin bestrichener Mullschleier auf mit Höhensonne bis zur Reizwirkung zu bestrahlende Psoriasis.
E. Levin-Berlin.

Gelbe Augensalbe heilt Pruritus ani, von H. Lubowski. (M. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 24, S. 878.) Empfehlung des Ungt. Schweissinger (in Originalpackung als „Pulteol" im Handel) als juckstillendes Mittel bei Analjucken mit und ohne Ekzem. Heilung eines Falles von Mycosis vulvae einer Diabetikerin bei positivem Zuckerbefund.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Isacen in der dermatologischen Praxis, von R. Polland-Graz. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 4, S. 191.) Die Wirkung ist eine milde, das Mittel kann unbedenklich längere Zeit genommen werden und es wird nicht durch die Nieren ausgeschieden. 1—3 Kerne abends genommen, genügen zur Herbeiführung einer beschwerdefreien Defäkation am nächsten Morgen. D. Tangl-Eger.

Haut und Rheuma, von W. Siebert-Berlin-Moabit. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 23, S. 836.) Nach allgemeinen Bemerkungen über die Rolle der Haut bei Solbadekuren Empfehlung der Oeynhausener Salz-Seifencreme „Dolisol" als Therapeutikum bei Myalgien und Neuralgien; kein Erfolg bei blennorrhoischen Gelenkerkrankungen. Die Wirkung des Mittels beruht nach den Feststellungen von Kionka im Tierversuch auf einer lange anhaltenden Hyperämie mit verstärkter Resorption von Salizylsäureester.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zur Frage der Hämorrhoidal- und Furunkelbehandlung durch Kauterisation, von A. Schüle-Freiburg. (D. m. W., 1927, Nr. 34, S. 1433.) Kleinere Hämorrhoidalknoten werden mit 1%iger Novokainlösung infiltriert, dann mit einem feinen Thermokauter angestochen und von innen her ausgebrannt, ohne daß die äußere Schleimhaut verletzt wird. Zur Behandlung frischer Furunkel wird nach Anästhesierung mittels 2—3 Novokainquaddeln die zentrale Kauterisation empfohlen.
F. Harry-Wiesbaden.

Digitized by Google

Note préliminaire sur l'action de la cantharidine sur divers productions pathologiques d'origine épithéliale (Vorläufige Notiz über die Wirkung des Kantharidins auf verschiedene pathologische Prozesse epithelialen Ursprunges), von R. Dubois. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 48.) Ausgehend von der elektiven destruierenden Wirkung des Kantharidins auf epitheliale Zellen wurde seine Wirkung auf pathologische epitheliale Bildungen (Hühneraugen, Schwielen) versucht, ebenso ferner auch bei Epitheliomen. Die Wirkung ist eine elektive, progressive, nicht schmerzhafte. Zur erfolgreichen Zerstörung eines Kankroids am Vorderarm eines alten Mannes wurden alle 2 Tage Einspritzungen mit einer Lösung von 0,05 Kantharidin in 10,0 Chloroform vorgenommen. E. Levin-Berlin.

Behandlung von Hautschädigungen, von P. Doxiadis-Bukarest. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 17, S. 618.) Empfehlung der Waschsalbe „Quimbo" zur Hautpflege. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Pharmakologische Gesichtspunkte bei der Auswahl endokriner Präparate, von O. Ehrismann-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 1, S. 27 und Nr. 2, S. 63.) Aus den Ausführungen des Verf. interessiert, daß die praktische Auswertung von Ovarialpräparaten und Hodenextrakten noch ziemlich unvollkommen ist; für erstere kommt die Beeinflussung des Brunstzyklus weißer Mäuse durch derartige Präparate, festgestellt am Scheidenabstrich, in Frage (Zondek, Laqueur), für die letztgenannten bietet vielleicht die Feststellung eine Grundlage, daß es gelingt, nach Injektion von Hodenextrakt in die Muskelsubstanz eine Steigerung der Arbeitsleistung bis zu 50% zu erzielen. Die Wirkung der Hodenextrakte als Aphrodisiakum ist nach Verf. wohl nur eine suggestive. Kombinationspräparate aus mehreren Inkreten werden abgelehnt, individuelle Behandlung empfohlen. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über lokale Vitaminanwendung bei Hauterkrankungen, von H. Beck, Hautabt. Chir. Univ.-Kl. Berlin. (M. m. W., 1927, Nr. 27, S. 1129.) Vitrisol (Dr. Schwabe-Leipzig) besteht aus Bestandteilen einer hochvitaminösen frischen Pflanze (Spinat), die besonders verarbeitet und für Aktivierung einer längeren Ultraviolettbestrahlung ausgesetzt werden. Auch enthält es in geringen Mengen Ca, K, Na und Mg an Phosphorsäure, Salzsäure und Schwefelsäure gebunden, ferner Spuren von Kieselsäure und den Anilinfarbstoff Pyoktanin. Anwendung teils durch Iontophorese, teils durch Salben oder Pastenapplikation gab gute Resultate bei Acne vulgaris, Rosazea und Ekzemen, ferner auch bei Lupus vulgaris und Ulcera cruris. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Chemotherapeutische Versuche mit Gold. II. Mitteilung: Die Wirkungsweise von Goldpräparaten im infizierten Tier, von A. Feldt, Inst. Robert Koch Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 24, S. 1136.) Verf. hat vier verschiedene Goldpräparate im Reagenzglasversuch in ihrer Einwirkung auf bakterielle und protozoische Erreger untersucht und gefunden, daß sie hier keine oder nur eine so geringe Wirkung ausüben, daß von einer besonderen Affinität zwischen Erregern und den Goldpräparaten im Kaninchenserum nicht gesprochen werden kann. Dagegen zeigte sich eine elektive Wirksamkeit im Tierversuch nicht nur gegen Spirochätenerkrankungen, sondern auch gegen Streptokokkeninfektionen. Verf. hält das Solganal für ein besonders zweckmäßiges Präparat. E. Langer-Berlin.

Experimentelles Arbeiten mit kolloidem Silber, von J. Voigt-Göttingen. (Zschr. f. ges. exper. M., 1927, Bd. 54, H. 1/2, S. 219.) Die zu therapeutischen Zwecken verwandten Silberkolloide enthalten gewöhnlich eine mehr oder weniger große Menge von Schutzkolloiden. Diese haben nach Art der Protoplasmaaktivierung auch therapeutische Wirkungen, besonders wenn sie intravenös gegeben werden, so daß demnach die reine Silberwirkung schwer zu beurteilen ist. Verf. hat daher selbst ein kolloides Silber ohne alle Schutzkolloide hergestellt, das bei Luftabschluß mit paraffiniertem Stöpsel längere Zeit haltbar ist. Der geringe Silbergehalt dieses Hydrosols bedeutet keinen Nachteil, denn die aktive Oberfläche ist bei der Feinheit der Teilchen, die im Ultramikroskop kontrollierbar ist, eine recht große. Ein solches Mittel hat bei therapeutischer Verwendung eine gesicherte Grundlage. F. Rosenthal-Berlin.

Ergebnisse der Brüning-Lericheschen Operation, von H. Kment, Chir. Kl. Dtsch. Univ. Prag. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 140, H. 2, S. 220.) Von den behandelten Fällen (Raynaudsche Gangrän, 3 Fälle von Sklerodermie, 3 Fälle von manifester Gangrän, 2 Fälle von trophoneurotischem Geschwür nach Ischiadikusverletzung, 1 Fall von Claudicatio intermittens, Mal perforant usw.) wurden 5 geheilt, 2 gebessert, 14 Kranke blieben

Digitized by Google

ungeheilt, ein Resultat, das bei der unzureichenden anatomischen und experimentellen Begründung der periarteriellen Sympathektomie nicht überraschen kann.

M. Cohn-Dresden.

Betrachtungen über die „Umstimmung" durch einige Formen der physikalischen Therapie, von N. Messerle, Univ.-Inst. f. physikal. Ther. Zürich. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 28, S. 657—664.) Die physikalische Therapie ist eine Reiztherapie. Durch mehrfach wiederholte Reize und die darauffolgende Reaktion kann im Organismus eine Umstimmung erreicht werden im Sinne der Herstellung optimaler Wechselbeziehungen zwischen den Organen. Das Ziel der Umstimmung ist Ausbildung der Fähigkeit, Korrekturbestrebungen in entsprechendem Ausmaße zu veranlassen, so daß keine Schädigung durch die Reizangriffe eintritt. Der Angriffspunkt der physikalischen Therapie ist das vegetative Nervensystem; Wärmeprozeduren erhöhen den parasympathischen, Kälteprozeduren den sympathischen Tonus. Strahlentherapie und Hydrotherapie haben ihren Angriffspunkt am vegetativen Nervensystem. Das Ziel der Behandlung ist Wiederherstellung des Gleichgewichtes im vegetativen Nervensystem. In Betracht kommen ferner die reziproken Verhalten zwischen kolloid-chemischem Ionen- und Hormonalsystem einerseits und vegetativen Funktionen andererseits. Auch gegenseitige Beeinflussung von Psyche und vegetativem Nervensystem ist nicht zu vernachlässigen. Vorgänge an den inneren Organen lassen sich von den sogenannten Headschen Zonen durch physikalische Anwendungen reflektorisch beeinflussen. Zwischen Mitteln der physikalischen Therapie und der Pharmakotherapie besteht kein prinzipieller Unterschied, indem die von den physikalischen Agentien erzeugten physikalisch-chemischen, Ionen- und Kolloidveränderungen wie die Pharmaka einerseits biopositiv und bionegativ, außerdem organotrop und ätiotrop wirken.

E. Levin-Berlin.

Spiritusdesinfektion der Kanülen, von Mansbach-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 27, S. 989.) Keine Desinfektion der Haut bei der Injektion (intrakutan, tief subkutan, intramuskulär, intravenös), trotzdem bei 30000 Injektionen keine einzige Stichkanaleiterung oder Infektion.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Arznei- und gewerbliche Schädigungen. Dermatitis artificialis

Gewerbliche Thalliumvergiftung, von Rube-Homberg und Hendricks-Duisburg (Ruhrort). (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 20, S. 733.) Beschreibung z. T. schwerer gewerblicher Schädigungen durch Thallium bei Arbeitern in einem Werk, in dem aus Schwefelkiesrückständen Thallium gewonnen wurde. Symptome: Appetitlosigkeit. Schmerzen in den Knien, Haarausfall, bei einem Patienten Rötung des ganzen Kopfhaares. Eosinophilie, Lymphozytose, in 2 Fällen Albuminurie mit Erythrozyten, Leukozyten und vereinzelten Plattenepithelien. Rückgang der Erscheinungen nach Entfernung der Patienten aus dem Betriebe. Nur bei dem zuerst und am schwersten Erkrankten Iriserkrankung, Linsentrübung und fortschreitende Sehnervenatrophie nach retrobulbärer Neuritis, die Verff. auf das Thallium zurückführen. Mahnung zur Vorsicht bei der therapeutischen Verwendung des Thalliums.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Bemerkungen zu obigem Aufsatz, von A. Buschke-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 20, S. 733.) Verf. bespricht zunächst die Erscheinungen der Thalliumvergiftung nach einmaliger Applikation des Mittels unter Zitierung eines Falles von Suizidversuch: Alopezie, Neuralgien, Magen-Darmbeschwerden; Gesundung. Er glaubt, daß bei genügend hoher Dosis der Tod eintreten könne und daß es sich wahrscheinlich um einen Herztod handele. Betonung, daß bei richtiger Anwendung des Mittels bei Kindern keine ernsteren Nebenwirkungen oder Spätschädigungen beobachtet wurden, daß dagegen Erwachsene im allgemeinen das Mittel schlechter vertragen, wie es auch von anderen sympathikotropen Mitteln bekannt ist. Im Gegensatz hierzu steht die durch Einverleibung bestimmter Dosen über längere Zeit (z. B. in Frankreich gegen Rheuma und Gicht) ausgelöste chronische Thalliumvergiftung. Symptome: Alopezie, Störungen des Knochenwachstums, epitheliomartige Veränderungen der Magenschleimhaut, Störungen der Magensäuresekretion, in bestimmten Tierfamilien Katarakt, Veränderungen an der Iris und intraokulare Blutungen; Rückgang aller Erscheinungen mit Ausnahme der epitheliomatösen Schleimhautveränderungen und des Kataraktes nach Aussetzen der Schädigung. Verf. faßt in diesem Zusammenhang die von den Autoren beschriebenen Fälle als chronische Thalliumvergiftungen auf, entstanden durch ungenügenden Schutz bei der Verarbeitung; Anführung eines anderen Beispiels aus der Industrie; genügender Schutz

Digitized by Google

verhütet in industriellen Betrieben das Auftreten derartiger Erscheinungen. Optikuserkrankungen hat B. nie beobachtet. Er fordert auf Grund der Mitteilung schärfste Vorsichtsmaßnahmen bei der medizinischen und gewerblichen Bearbeitung des Thalliums; Grund zur Beunruhigung bei therapeutischer Verwendung liegt bei Einhaltung der Grundsätze und Vorschriften nicht vor. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Schädelknochenveränderungen bei experimenteller chronischer Thalliumvergiftung, von A. Buschke, E. Christeller und L. Loewenstein, Derm. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. (Kl. W., 1927, Nr. 23, S. 1088.) Im Anschluß an frühere Knochenuntersuchungen bei Thalliumtieren durch Buschke und Peiser haben Verff. nunmehr die bisher noch nicht untersuchten Schädelknochen einer eingehenden Prüfung unterzogen. Schon makroskopisch zeigen die Schädel der täglich mit etwa 0,2 mg Thallium gefütterten Tiere ein Zurückbleiben im Längen- und Breitenwachstum. Im Gegensatz zu der sonst festen Knochenkonsistenz ist der Schädel bei diesen Tieren weich und nachgiebig, an Kraniotabes erinnernd. Röntgenologisch ist er außerordentlich durchlässig. Die histologischen Befunde sprechen für eine „malazische" Erkrankung, die Verff. zunächst noch nicht genau eingruppieren wollen, ehe nicht weitere eingehende Untersuchungen vorliegen. Vorläufig kann nur festgestellt werden, daß es sich um Bilder handelt, die entweder als Rachitis, Osteomalazie oder Ostitis fibrosa zu deuten sind. Diese Knochenerkrankungen gehen mit Störungen des Kalkstoffwechsels einher. Wahrscheinlich muß man besonders auch im Verein mit den übrigen durch Thallium verursachten Erscheinungen eine wichtige ätiologische Rolle des endokrinen Systems annehmen.
E. Langer-Berlin.

L'intoxication chronique par l'acétate de thallium (Die chronische Thalliumvergiftung), von H. R. Olivier. (Cpts. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 3, S. 164.) Verf. gibt einen kurzen Überblick über seine in mehrjährigen Versuchen mit Thallium gemachten Beobachtungen. Es gelang ihm, sowohl bei Hunden wie Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Mäusen diffuse Alopezie zu erzeugen, und zwar durch Fütterung wie auch durch subkutane und intravenöse Injektion. Mittels letzterer war die Wirkung am schnellsten. Histologisch fanden sich keine nennenswerten Veränderungen an der Haut. Entzündlich-proliferative Veränderungen im Anfangsteil des Magens, wie sie zuerst von Buschke und Peiser beschrieben worden sind, ließen sich nach Thalliumfütterung sowohl bei jungen Ratten als auch bei Mäusen und Meerschweinchen erzielen. Der Nachweis des Thalliums, der auf spektroskopischem Wege geführt wurde, gelang nur in dem Hautorgan, woraus Verf. schließt, daß in diesem Organ eine besondere Kumulierung des Thalliums stattfindet. B. Peiser-Berlin.

Der Einfluß mütterlicher Thalliumvergiftung auf die Nachkommenschaft, von K. Ehrhardt, Univ.-Frauenkl. Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 29, S. 1374.) An einem Rattenwurf konnte Verf. zeigen, daß eine tödliche Thalliumvergiftung des Muttertieres während der Laktation keine tödliche Vergiftung der Jungen bedingt, und daß das Thallium zwar in toxischen, nicht aber in letalen Dosen auf die Nachkommenschaft übergeht. Ebenso konnte gezeigt werden, daß die innerhalb der ersten 4 Tage bis zum Tode der Mutter von den Jungen durch die Milch aufgenommene Thalliummenge genügte, um bei den Jungen die typischen Thalliumwirkungen, insbesondere Alopezie, hervorzurufen, obwohl die Jungen von einem gesunden Muttertier weiter gesäugt wurden. Für die Praxis wird dadurch die Tatsache experimentell bestätigt, daß von der Mutter aufgenommene Gifte, z. B. Narkotika, wie Opium und Morphium, oder Antiluetika, wie Salvarsan, Jod, Hg in die Milch übergehen können, ohne bei allzu hoher Dosierung zu schaden; andererseits raten die Versuchsergebnisse, auch nicht zu starke Gifte zu verordnen, um Schädigungen zu vermeiden. E. Langer-Berlin.

Exogenic Dermatitis, von W. J. O'Donovan-London. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5413, S. 1128.) Verf. gibt einen kurzen Überblick über die Entstehungsursachen der exogenen Dermatitiden. Eine besondere Bedeutung wird dabei gewissen Zustandsveränderungen der Haut beigemessen, wie abnorme Trockenheit und abnorme Feuchtigkeit, die eine Disposition zur Reaktion gegenüber äußeren Reizen darstellen. Von der jeweiligen Empfänglichkeit des Hautorgans hängt die Art und der Grad der entzündlichen Veränderung ab, so daß der gleiche Reiz die verschiedensten Wirkungsäußerungen hervorrufen kann. Weiterhin weist Verf. auf die ätiologischen Schwierigkeiten bei Ermittlung des schädigenden Agens hin sowie auf die Bedeutung der nervösen Komponente für die Rezidivierung bzw. Chronizität exogener Dermatitiden. B. Peiser-Berlin.

Linseed Oil Dermatitis (Leinöl-Dermatitis), von F. J. Vokoun-Cleveland. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 1, S. 20.) Verf. hat als Gewerbearzt eine Rundfrage bei den

Digitized by Google

größeren Leinölfabriken Nordamerikas angestellt und teilt deren Ergebnis und seine eigenen Erfahrungen bezüglich der Leinöldermatitis mit. Leichtere Fälle sind unter den Arbeitern der Leinölfabriken sehr häufig und heilen rasch, sobald die Befallenen einige Tage mit der Arbeit aussetzen. Schwere Fälle, so daß die Pat. die Arbeit aufgeben müssen, sind selten. Befallen sind hauptsächlich die Körperstellen, die mit dem Öl in Berührung kommen. Indischer und südamerikanischer Leinsamen verursachen häufiger Erkrankungen als Samen aus Kanada und Nordamerika. Es wird daher angenommen, daß die Noxe in größeren Mengen in dem ersteren Samen vorkommt. Die genaue Natur der Noxe ist bisher unbekannt. Gewerbearzt Kooperman weist darauf hin, daß nicht das Öl, sondern vielmehr der Staub des Flachssamens die Entzündung verursacht. In einer anderen Fabrik hat man beobachtet, daß bei Verwendung von sterilen Tüchern zum Händereinigen an Stelle von grober Leinwand die Zahl der Erkrankungen zurückging. Nach K. scheinen Blondhaarige und Neger empfindlicher zu sein als dunkelhaarige Menschen.

A. Hirsch-Frankfurt a. M.

Wie entsteht das Bäckerekzem? von C. Stern, Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. (D. m. W., 1927, Nr. 34, S. 1430.) Auf Grund von Funktionsprüfungen der Haut und klinischer Beobachtungen kommt Verf. zu dem Ergebnis, daß deutsche Mehle und Mehlzusätze für die Entstehung des Bäckerekzems nicht verantwortlich zu machen sind. Demgemäß ist das Bäckerekzem kein Gewebeekzem im engeren Sinne.

F. Harry-Wiesbaden.

Wiederholte Exantheme nach Chinin und Bijochinol, von Mgebrow u. Oretschkin. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 12.) Eine 32jähr. Frau bekam nach einem Pulver Chinin einen ausgebreiteten, unter Temperatursteigerung verlaufenden skarlatinösen Ausschlag. Probeweise wurde ihr eine Bijochinolinjektion gemacht und es stellte sich auch hiernach ein Exanthem ein, welches auf probeweise injiziertes Hg und auf Wismut ohne Chinin ausblieb.

A. Jordan-Moskau.

Über die chemische Natur der Nesselgifte, von F. Flury, Pharm. Univ. Inst. Würzburg. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 56, H. 3/4, S. 402.) Untersuchungen an einheimischen Brennesseln (vor allem Urtica dioica) ergaben, daß die Brennesselhaare ein alkalisch reagierendes Protoplasma enthalten, ferner in diesem mikroskopisch kleine, feinst verteilte, sauer reagierende Tröpfchen, die neben geringen Mengen Ameisensäure flüchtige Fettsäuren und das eigentliche Nesselgift enthalten. Träger der Nesselwirkung ist nicht die Ameisensäure, sondern eine stickstoffreie, nicht flüchtige, ungesättigte Säure, die den Harzsäuren nahesteht. Zur Erzeugung der Nesselwirkung an der menschlichen Haut genügt weniger als $^1/_{10\,000}$ mg des ursprünglichen Zelleninhaltes. Wahrscheinlich gehören auch die entzündungserregenden Stoffe der Loasazeen (Brennwinde) zur gleichen Gruppe.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Klinisch-experimenteller Beitrag zu den Verletzungen durch Kakteenstacheln, von E. Glass-Hamburg. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 658.) Gewisse Kakteenverletzungen rufen Entzündungen hervor, bei denen schwere Allgemeinerscheinungen im Vordergrunde stehen, welche den lymphat. Apparat betreffen, ohne zu Eiterungen zu führen, und chemisch-toxisch bedingt sind.

Th. Lilienstein-Hamburg.

The Purpuric Vesiculo-bullous Dermatitis Subsequent to Intravenous Injection of Sodium Thiosulphate, Report of Two Cases (Purpuraähnliche, vesikulobullöse Dermatitis im Anschluß an intravenöse Injektionen von Natriumthiosulfat, Bericht von 2 Fällen), von Ch. N. Frazier, M. D., Peking (China). (J. Am. m. Ass., Bd. 88, Nr. 8, S. 537.) Erster Fall: 22jähr. Chinese mit Sekundärsyphilis. Nach der dritten Injektion von Altsalvarsan (im ganzen 0,6 g) trat leichter Juckreiz auf beiden Handrücken auf; nach der 7. Injektion (im ganzen 1,8 g Altsalvarsam) makulo-papulöses Exanthem am ganzen Rumpf. Am 9. Tage nach dem Ausbruch der Arsen-Dermatitis wurden 0,4 g Natriumthiosulfat in 10 ccm Wasser intravenös gegeben. 8 Stunden nach der Injektion allgemeiner Juckreiz, und nach 24 Stunden Rötung und leichte Schwellung der makulo-papulösen Herde. 32 Stunden nach der ersten Natriumthiosulfatinjektion wurden erneut 0.5 g Natriumthiosulfat gegeben. Danach stieg die Temperatur plötzlich auf 39°, der Puls auf 132. In den nächsten Tagen wurden Schwellungen an den Nägeln beobachtet, ebenso schwoll die Fußsohlenhaut, zeigte Blutungen und wurde außerordentlich empfindlich. Natriumthiosulfat wurde nicht mehr weitergegeben, und es kam zur Vereiterung zahlreicher bullöser Herde, die allerdings kulturell keine Keime zeigten. Am 8. Tage nach der ersten Natriumthiosulfatinjektion traten weiterhin Husten und Schmerzen in der linken Bauchseite auf. Außerdem kam es zu den Erscheinungen einer frischen Pleuritis. Erst 38 Tage nach der Aufnahme wurde der Pat. als gebessert ent-

Digitized by Google

lassen. Zweiter Fall: 37jähr. Chinese mit zahlreichen ulzerierten Gummen am rechten Schenkel, WR stark +. Bei diesem kam es nach 3 Injektionen von je 0,4 g Altsalvarsan zu zahlreichen, feinen, juckenden, erythematösen Herden an der Innenseite beider Oberschenkel. Diesen folgten nach 2 Tagen gleiche Eruptionen an Schulter, Brust und Bauch und schließlich an den Innenseiten der Arme und Handgelenke. Nachdem Schwefel- und Salizylsäuresalben ohne Einfluß auf die Erscheinungen geblieben waren, wurde 1 ccm einer 5%igen Bismuttartratlösung intramuskulär eingespritzt. Es bestand ein leichtes Gesichtsödem, besonders um die Augen, und ein allgemeines, leicht schälendes, makulöses Exanthem. An der Brust war es zu reichlichen Schorfbildungen über papulösen Herden gekommen. In der Achsel- und Inguinalgegend bestand ein stark nässender Ausschlag. Temperatur 38—39°, Puls zwischen 100 und 120. Es bestand ein systolisches Geräusch über dem ganzen Herzen. Die Leber war vergrößert. Am 3. Tage wurden 0,2 g Natriumthiosulfat in 2%iger Lösung intravenös gegeben. Kurz danach trat ein Schüttelfrost auf, und in den nächsten 24 Stunden entwickelten sich Juckreiz und eine stärkere Schwellung des Gesichtes. An den Fingerspitzen traten feine Blutungen auf, und an den Fußsohlen kam es zu mäßigen Schwellungen des vorderen Teiles. 48 Stunden nach der Injektion kam es zu stärkeren Gesichtsschwellungen, und erst ganz allmählich wurden diese Symptome besser, so daß der Pat. am 41. Tage entlassen werden konnte. Verf. ist sich nicht sicher, ob diese Verschlimmerungen der auf Arsenschädigung zurückgeführten Hauterscheinungen durch die Natriumthiosulfatbehandlung verursacht worden sind oder nur mit ihnen gleichzeitig zustande kamen. (Der Ref., der Gelegenheit hatte, zahlreiche derartige Fälle zu behandeln, ist der Ansicht, daß es sich um zu kleine Dosen Natriumthiosulfat handelte, die entweder nicht ausreichten, um die typische Fortentwicklung der Arsen-Dermatitis aufzuhalten, oder zu spät gegeben wurden, da die nach der Natriumthiosulfatgabe beschriebenen Erscheinungen durchaus denen der unbehandelten, fortschreitenden Arsen-Dermatitis entsprachen.) E. F. Müller-Hamburg.

Intravenöse Verwendung von Natriumthiosulfat bei Sanokrysindermatitis (Natriumthiosulfat intravenøst ved Sanocrysindermatitis), von O. Jersild. (Hospitalstidende, 1927, Nr. 9, S. 197.) Nach den Empfehlungen von Levaditi sowie von Girard und Nicolau hat J. bei 4 Fällen Sanokrysin zur Behandlung von frischer Syphilis intravenös gegeben. Bei 3 der so behandelten Kranken entstand eine mehr oder weniger stark ausgesprochene Dermatitis, die in dem einen Fall auch mit Störung des Allgemeinbefindens, leichtem Fieber und Erbrechen verbunden war. Die verabreichten Dosen von Sanokrysin, welche die Dermatitis auslösten, betrugen 0,5 bis 1,0 g. Zur vollständigen Beseitigung der Störung genügten einige intravenöse Injektionen von Natriumthiosulfat in Mengen von 0,6 bis 1,0 g, gelöst in 8—10 ccm sterilem destilliertem Wasser, in 24stündigen Intervallen gegeben. Für Fälle, die gegen Salvarsan intolerant sind, hat J. das Natriumthiosulfat auch sehr wirksam befunden. Gut bewährt hat sich bei solchen Kranken die Methode, eine derartige Injektion etwa 6—9 Stunden nach der Salvarsaneinspritzung prophylaktisch folgen zu lassen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Bromide Intoxication Further Studies (Bromvergiftung. Weitere Studien), von U. J. Wile-Ann Arbor, Mich. (J. Am. Med. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 5, S. 340.) Diese weiteren Untersuchungen sind der Therapie gewidmet. Gegeben werden im Anfang bei psychischen und Hauterscheinungen intravenöse Infusionen von 100-150 ccm, später 3-400 ccm physiologische Kochsalzlösung, und zwar 2mal wöchentlich. Es erfolgt meist sofort eine Ausschwemmung des Broms durch die Nieren, manchmal unter Reizerscheinungen dieser. Die Heilung geht gewöhnlich schnell vor sich. H. Colman-Berlin.

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Ultraviolet Radiation from Sunlight and Incandescent Lamps (Die Ultraviolettstrahlung des Sonnenlichtes und der Glühfadenlampen), von H. N. Bundesen, H. B. Lemon, I. S. Falk und E. N. Coade-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 3, S. 187.) Die Verff. haben den Ultraviolettgehalt des Sonnenlichtes in Chikago zu den verschiedenen Jahreszeiten untersucht und festgestellt, daß der Anteil an biologisch wirksamen Strahlen im Winter in Chikago sehr gering ist. Ein großer Teil dieser Strahlung wird noch durch Rauch absorbiert. Geringen Anteil an biologisch wirksamem Ultraviolett hat auch das Licht der Glühfadenlampen; jedoch ist die Ausbeute solcher Strahlung bei einer 300 Watt-Glühfadenlampe, bei der die Glasbirne aus Vitaglas besteht, sehr erheblich. In bezug auf die Durchlässigkeit des Vitaglases für Sonnenlicht werden die Erfahrungen anderer Autoren bestätigt. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Digitized by Google

Die bisherigen experimentellen Grundlagen für die therapeutische Wirkung der Wärmestrahlen, von Th. Dreßler, Univ.-Hautkl. (Diss. Freiburg i. Br. 1926.) Verf. bespricht eingehend und wertet zwei grundlegende Arbeiten über dieses Thema, und zwar Kisch: Diagnostik und Therapie der chirurgischen Tuberkulose und Sonne: Über den Einfluß der allgemeinen Lichtbehandlung. Auf Grund der ersteren Arbeit ist die therapeutische Wirksamkeit der dunklen Wärmestrahlen durch die Erzeugung der Hyperämie als erwiesen zu betrachten, während die zweite Arbeit das Hauptgewicht auf die Tiefenwirkung der leuchtenden Wärmestrahlen verlegt und aus der dadurch erzeugten, nachweisbaren Erwärmung des Blutes die biologischen Wirkungen erklärt. Verf. weist auf die Bedeutung dieser Erkenntnisse hin, warnt aber vor der Vernachlässigung der erprobten Wirksamkeit der ultravioletten Strahlen. D. Tangl-Eger.

Über den therapeutischen Wert roter Strahlen, von G. M. Levick-London. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, Nr. 4, S. 735.) Verf. bestrahlte mit besonders konstruierten Kohlenfadenlampen, deren Fäden sich in einer evakuierten Glasbirne befanden. Diese Fäden geben ein Licht, welches viel reicher an roten und infraroten Frequenzen ist, als das der Metallfäden in mit Gas gefüllten Birnen. Um rotes Licht von hoher Intensität zu gewinnen, werden die infraroten Strahlen durch rotgefärbte Natrium-Glasschirme eliminiert. Ein hinter jedem Schirm angebrachter passender Reflektor ermöglicht es, die Strahlen auf die gewünschte Stelle zu projizieren. Zum Zweck der unbehinderten Luftzirkulation um die bestrahlte Stelle werden die Lampen in zwei Fuß Entfernung aufgestellt. Jede erkrankte Stelle wurde täglich dem Licht ausgesetzt. Die Erfolge mit Rotlicht bei spinaler Kinderlähmung waren direkt phänomenal. Sehr gut ließen sich auch tuberkulöse Ulzera und Abszesse beeinflussen. Besonders empfiehlt Verf. die Rotlichtbestrahlung beim Lupus vulgaris. E. Kottmaier-Mainz.

Analyse und Vergleich von Lichtquellen, welche in der Strahlentherapie verwendet werden, von T. Th. Baker. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, Nr. 4, S. 719.) Im Gegensatz zu den bisherigen Anschauungen ist die Absorption der ultravioletten Strahlen im wesentlichen unabhängig von der Höhenlage. Selbst in Höhen von 5000 m enthält das Sonnenspektrum keine Strahlen über 2900 AE. Die meiste Annäherung an das Sonnenlicht bietet das Spektrum des vom positiven Kohlenkrater der reinen Kohlenbogenlampe bei 50 Volt ausgesandten Lichtes (110 Volt vermehren den Gehalt an ultravioletten Strahlen). Die Verwendung von Wolfram oder anderen Metallen, entweder als Bogenstifte oder als Dochte für Kohlenstäbe erzeugt eine breite Region von mehr nach außen gelegenen ultravioletten Strahlen, welche im Sonnenlicht irgend einer bekannten Höhenlage nicht vorhanden sind. Verf. rät für den Fall, daß man beabsichtigt, die tierische Zelle schädigende Strahlen mit einer Wellenlänge von weniger als etwa 2800 AE auszuschalten, Borsiliziumglas als Filter zu verwenden. Ferner legt er auf Grund seiner Untersuchungen nahe, die so sehr variierende Energie in den diskontinuierlichen Spektren durch Verwendung selektiver Filter in ihren biologischen Wirkungen und therapeutischen Reaktionen beim Menschen in erwünschter Weise zu beeinflussen. E. Kottmaier-Mainz.

Der therapeutische Wert unserer künstlichen Lichtquellen und Lichtfilter, von Fr. Peemöller und F. Dannmeyer, Lichtforschungsinst. Allg. Krkhs. Hamburg-Eppendorf. (M. Kl., 1927, Nr. 29, S. 1097—1100.) Die erythembildende Wirkung des Ultravioletts beginnt erst unterhalb einer Wellenlänge von 320 μμ, erreicht ihr Maximum bei 297 μμ und fällt dann nach dem kurzwelligen Ende rasch ab. Nur diesen erythembildenden Strahlen kommt die Rachitisheilung, die respiratorische Stoffwechselsteigerung, die Vitaminisierung des Ergosterins, die Blutregeneration, die Abtötung von Bakterien, die Lupus- und Hauttuberkuloseheilung, die Heilung der chirurgischen und Lungentuberkulose allein oder zur Hauptsache zu. Dieser im Sonnenspektrum zwischen 313 und 289 μμ befindliche Strahlenbezirk soll nach dem Davoser Physiker als „Dornostrahlung" bezeichnet werden. Auf diese ist eine Reihe künstlicher Lichtquellen qualitativ und quantitativ untersucht worden, wobei sich herausstellte, daß Siemenssche Aureollampe (Glaskuppel), Solluxlampe, Spektrosollampe keine Dornostrahlung ausstrahlen, also auch die oben genannten Wirkungen nicht entfalten können, daß die Ultrasonne nur in außerordentlich geringem Maße wirksam ist; die übrigen Lampen zeigen Dornostrahlung in verschiedener Intensität: Höhensonne (220 Volt, Wechselstrom) 100%, Peemöllerlampe 72,4%, Höhensonne (110 Volt, Gleichstrom) 44,3%, Peemöllerlampe mit vertikalen Kohlen 43,5%, Jupiterlampe mit Ultrakohlen 33,1%, Kohlenbogenlampe mit Eisenseele 14, 1—33,2%, Jupiterlampe mit Weißbrandkohlen 11,5%, alte Kohlenbogenlampe mit Docht und Homogenkohlen 9,2%. Es besteht eine meßbare Übereinstimmung zwischen

Digitized by Google

medizinischer Wirksamkeit und physikalisch gemessener Strahlenintensität. Da bestimmte Glassorten die Dornostrahlen in hervorragendem Maße hindurchlassen, besteht die Möglichkeit, Krankenhäusern, Sanatorien, Schulen wirkliches Sonnenlicht zuzuführen und bei gleichzeitiger künstlicher Herabsetzung der Temperatur ein künstliches Klima zu schaffen. Es gelingt jetzt eine Wolframglühlampe herzustellen, die eine ausgezeichnete Ultraviolettstrahlung gibt und durch Verbindung mit Wärmestrahlen (die allein nicht wirken) den Heileffekt verbessert. E. Levin-Berlin.

The Uses and Limitations of Ultra-Violet Radiation in Dermatology. The Evolution of Actinotherapy (Die Anwendung und die Indikationen der Ultravioletthlichtstrahlen in der Dermatologie und die Entwicklung der Lichttherapie), von S. E. Dore-London. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3475, S. 255.) Es handelt sich um einen Vortrag mit anschließender Diskussion. Der Vortragende gibt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der Lichttherapie vorwiegend in England. Unter den Indikationen wird vor allem die Hauttuberkulose, die Alopezie, die Akne und Psoriasis besprochen. Von einigen Diskussionsrednern wird die therapeutische Wirkung des Ultravioletthlichtes bei Alopezie, Akne und Psoriasis bestritten, beim Lupus allgemein anerkannt.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über die Veränderungen der Reaktion der Haut nach wiederholten Lichteinwirkungen auf dieselbe Hautstelle, von E. Lehner und F. Urban-Budapest. (Krankheitsforschung, 1927, Bd. 4, H. 5, S. 381.) Bei wiederholter Bestrahlung einer umschriebenen Hautstelle mit Höhensonne wurde nach der zweiten und dritten Bestrahlung eine deutliche Verstärkung der Reaktion beobachtet, während von der vierten Bestrahlung an die Reaktionserscheinungen wesentlich abklangen, auch wenn noch keine Pigmentierung sichtbar war. Parallel mit diesen Reaktionsänderungen schwankte die Quaddelgröße nach intrakutanen Morphiuminjektionen, welche nach Abklingen der entzündlichen Erscheinungen in die vorher bestrahlte Haut verabreicht wurden, aber auch entfernt gelegene, nicht vorbestrahlte Hautbezirke, wiesen gegen Licht die gleichen Reaktionsschwankungen auf wie die wiederholt bestrahlten Stellen. Nach Ansicht der Verff. sind diese Befunde nur dadurch zu erklären, daß „während der Bestrahlung Substanzen in den Hautzellen entstehen", welche für die örtliche Reaktion neben der direkten Lichteinwirkung eine wesentliche Rolle spielen und welche die Fernreaktion verursachen. E. Schröpl-Prag.

Über einige Wirkungen der Bestrahlung mittels Höhensonne auf das Blut, von R. G. Bannermann. (Strahlentherapie, 1927, Bd. 25, Nr. 4, S. 727.) Um die Wirkung der Höhensonne auf das Blut festzustellen, bestrahlte Verf. mit großen Einzellichtdosen nicht nur tuberkulöse, sondern auch relativ normale Fälle. Ein sehr konstanter Befund war die Verminderung der roten Blutkörperchen. Sie tritt sogleich nach der Bestrahlung ein und hält für einige Tage an. Danach ging bei einzelnen Fällen die Gesamtzahl über die Norm hinaus. Die Gesamtzahl der Leukozyten kann erhöht sein oder nicht. Die eosinophilen Zellen, welche mittels einer direkten Methode gezählt wurden, erfahren sofort nach der Bestrahlung eine relative, wie auch absolute Verminderung. Danach vermehrten auch sie sich oft über die ursprüngliche Zahl hinaus. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit des angesäuerten Blutes erhöht sich bald nach Einsetzung der Bestrahlung und hält einige Tage an. Das hämobakterizide Vermögen, d. h. die Fähigkeit des defibrinierten Blutes, eingeimpfte Staphylokokken zu zerstören, erhöhte sich für kurze Zeit nach der Bestrahlung, sank danach in manchen Fällen unter das ursprüngliche Niveau und blieb einige Zeit niedrig. Die Schlußfolgerung, daß eine hohe Dosierung vermieden werden muß, drängt sich auf, wenn man überlegt, daß die obengenannten Blutveränderungen durchaus jenen gleichen, die mit Widerstandsverminderung gegen Krankheiten verknüpft sind. Solchen massiven Höhensonnendosen scheint eine Depressionsphase des Organismus zu folgen, während deren Dauer man berechtigt ist, eine drohende Verschlimmerung der Krankheit anzunehmen. Daraus kann man neuerdings wieder die Gefahr ermessen, die kritiklos lange Bestrahlungen für Lungentuberkulose in sich bergen. E. Kottmaier-Mainz.

Das Verhalten des Blutzuckers und der Adrenalinquaddel nach Quarzlampenbestrahlung und nach Sonnenbädern, von N. Messerle, Univ.-Inst. für physikal. Ther. Zürich. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 32, S. 759—761.) Um die Wirkung der Sonnenbäder bzw. der Quecksilberdampflampenbestrahlung festzustellen, wurden Untersuchungen des Blutzuckernüchternwertes und der alimentären Hyperglykämie nach 20 g Traubenzucker, nüchtern per os durchgeführt. Ferner wurde die Wirkung der Bestrahlung auf die Adrenalinquaddel festgestellt unter Vergleichung des Effektes bei wenig und bei durch vorhergehende Bestrahlungen stark pigmentierten Personen. Auch die Unterschiede bei

Digitized by Google

verschieden langer Bestrahlung wurden in den Kreis der Beobachtung gezogen. Im ganzen konnte festgestellt den, daß durch die Bestrahlungen der Tonus und die Erregbarbeit des sympathisc Nervensystems herabgesetzt werden (Senkung des Blutzuckernüchternwertes, Abfl: ig der Kurve der alimentären Hyperglykämie, Verstärkung der Reaktion der Adrenali addel). E. Levin-Berlin.

Untersuchungen die sensibilisierende Wirkung des Haematoporphyrins bei ultravioletter Bestr ig (Undersøgelser over Haematoporphyrins sensibilisierend Virkning ved ultraviolet B(traaling), von W. Hausmann-Wien und C. Sonne. (Hospitalstidende, 1927, Nr. 12, S. 277.) Mit einem speziell für ihre Zwecke konstruierten Spektralapparat (Monochrometer) haben Verff. Untersuchungen über die sensibilisierende Wirkung des Haematoporphyrins auf rote Blutkörperchen bei Bestrahlung mit ultraviolettem Licht ausgeführt als Ergänzung zu den von H. über die Einwirkung desselben bei Anwendung von langwelligen Strahlen ausgeführten Studien, und sie sind dabei zu einem positiven Ergebnis gelangt. Aus den eingehend wiedergegebenen Beobachtungen ergibt sich, daß die Sensibilisation am stärksten ausgeprägt ist bei 365 μμ und 313 μμ, weniger ausgesprochen bei 280 μμ und 265 μμ. Durch den Nachweis von der sensibilisierenden Wirkung des Haematoporphyrins gegenüber dem ultravioletten Strahlengebiet erscheint die Annahme berechtigt, daß auch bei hydroaartigen Affektionen das Porphyrin dasjenige Agens ist, welches als Sensibilisator den ultravioletten Strahlen gegenüber wirksam ist. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich ferner die Notwendigkeit, bedacht zu sein auf die Möglichkeit einer Sensibilisation diesen Strahlen gegenüber auch bei anderen photodynamischen Stoffen. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Angriffspunkt und Wirkungsweise der ultravioletten Strahlen in Nahrung und im Körper des Kindes, von H. Koeppe. IV. Mitt. Über ein Verfahren, die Wirkung der U.V.-Strahlen zu messen. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 81, H. 1, S. 1.) Auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen über den Einfluß der ultravioletten Strahlen auf die roten Blutkörperchen, insbesondere über das Zustandekommen der Strahlenhämolyse, hat Verf. eine Meßmethode für die Stärke von ultravioletten Strahlen herausgearbeitet: 2—3 große Blutstropfen werden in 10 ccm 0,9%iger Kochsalzlösung aufgeschwemmt. Hiervon werden 5 ccm in einer flachen Bestrahlschale unter der künstlichen Höhensonne in bestimmter Entfernung eine bestimmte Zeit lang bestrahlt. Sofort nach der Bestrahlung Zentrifugieren und Abgießen der Aufschwemmung. 2 ccm dieser überstehenden Flüssigkeit werden mit $^1/_2$ ccm verdünnter Salzsäure versetzt. In gleicher Weise werden 2 ccm der ursprünglichen Blutaufschwemmung mit Salzsäure versetzt und dadurch alle Blutkörperchen hämolysiert und braun gefärbt. Dies ist die Testlösung, welche die totale Hämolyse und Verfärbung darstellt. Mit dieser Testlösung wird die durch die U.V.-Strahlen teilweise hämolysierte Blutaufschwemmung nun im Kolorimeter verglichen und die Farbintensität derselben in Prozent der Testlösung bestimmt. Zahlreiche Kontrolluntersuchungen bei verschiedenen Brennern und Variationen hinsichtlich Abstand und Zeit der Bestrahlung ergaben recht gute Übereinstimmung der Resultate und damit den Nachweis der Brauchbarkeit der Methode. R. Ley-Kreuznach.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Gestorben: Lieut. Colonel Dr. Henry James Nichols, Direktor des bakteriologisch-pathologischen Laboratoriums der Army Medical School in Washington, D. C., verdient um die Pellagraforschung und die Einführung des Salvarsans in Amerika. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 46 (Bd. 85) 12. November 1927

Aus der Universitäts-Hautklinik und -Poliklinik in München
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. L. R. v. Zumbusch)

Über eine systematisierte bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen

Von

Prof. Dr. Hermann Werner Siemens

Mit 2 Abbildungen im Text

Seit dem Sommer 1922, also seit 6 Jahren, sah ich an unserer Poliklinik fast jährlich einige junge Leute, meist Studenten, die ein sehr charakteristisches Krankheitsbild aufwiesen. Es handelte sich um erythematös-bullöse Dermatitiden, deren Effloreszenzen zum Teil herpesähnlich angeordnet waren, zum Teil auffallende Figuren- und Strichform zeigten, und die im Anschluß an ein Luftbad auf einer Wiese entstanden waren. Über 9 Fälle[1]) besitze ich genauere Aufzeichnungen; auf sie stützt sich die folgende Beschreibung.

Anamnese: Sämtliche Patienten hatten zuerst gebadet und danach längere Zeit, einige den ganzen Nachmittag über, unbekleidet im Gras gelegen. Ein Patient gab an, daß seine Kameraden, mit denen er gebadet hatte, an den gleichen Erscheinungen erkrankt seien. Die Bäder hatten an verschiedenen Stellen der Münchener Umgebung stattgefunden: in der Würm (hinter Dachau), in der Isar (bei Menterschwaige), in der Amper (bei Olching, bzw. bei Dachau, bzw. bei Fürstenfeldbruck), im Ammersee (bei Herrsching). Einzelne Patienten hatten schon nach einstündigem Liegen im Grase bzw. unmittelbar nach dem Luftbad vorübergehendes Brennen oder Jucken an den später erkrankten Körperteilen verspürt; einer hatte deshalb geglaubt, er sei von Ameisen gebissen worden. Im übrigen war ihnen nichts aufgefallen. Erst nach einer Inkubation von mindestens 24 Stunden, nämlich am 2. Abend oder in der 2. Nacht nach dem betreffenden Bade, bemerkten sie unter Brennen bzw. Schmerzen den Beginn der Hautveränderung; Jucken stellte sich meist erst etwa einen halben Tag später ein.

Befund: Die akuten Hautveränderungen bestanden in teils unregelmäßig verstreuten, teils konfluierenden Erythemen von Stecknadelkopf- bis Pfenniggröße; viele von ihnen, besonders die größeren, hatten ein vesikulöses bzw. bullöses Zentrum. Ihre Farbe war meist auffallend dunkelrot, doch konnten sie bei einzelnen Blasen auch blaß sein und nahezu fehlen; sie waren leicht erhaben, die kleinsten waren also papelähnlich, daneben bestanden in einem Fall kleine, hellere, stärker erhabene Quaddeln. Der Inhalt der meist prall gefüllten Bläschen und Blasen war gewöhnlich serös und wasserhell, zuweilen aber war er bereits getrübt. Zwischen den Effloreszenzen befand sich völlig normale Haut.

[1]) 2 Fälle 1922, 1 Fall 1923, 3 Fälle 1924, 1 Fall 1926, 2 Fälle 1927. Davon war ein Fall weiblichen Geschlechts (26jähr. Kontoristin). Da ich mir die Fälle seit 1922 notierte, sind seit dieser Zeit wesentlich mehr Fälle als diese 9 sicherlich nicht an unserer Poliklinik in Behandlung gewesen. Das ist wichtig zur Beurteilung der Häufigkeit des Leidens.

Digitized by Google

Das Charakteristischste dieser Exantheme aber war die Form der Effloreszenzen: Die größeren Erytheme waren höchst unregelmäßig begrenzt, mit strichförmigen Ausläufern und mit Brücken versehen; nicht wenige bildeten gerade, bis 10 cm lange und selbst noch längere Linien (vgl. Abb. 1 [Oberschenkel] und Abb. 2 [Unterarm]). Die Blasen im Zentrum der Erytheme, die bis erbsengroß und größer waren, folgten diesen Formen: teils bildeten sie durch Konfluieren unregelmäßige polyzyklisch begrenzte, oft mit Inseln normaler oder nur geröteter Haut durchsetzte und dann büschelförmige oder geflechtartige vesikulöse Bezirke (Abb. 1, Mitte des Oberschenkels, Abb. 2 rechts), teils zeigten sie eine ungemein typische Strichform und konnten dann mehrere Zentimeter lang sein (Abb. 1, über dem Knie, und Abb. 2), teils standen sie wie gruppiert, so daß sie ein ausgesprochen herpesähnliches Aussehen darboten (Abb. 1, Knie medial). Die Erytheme und Blasen waren etwas palpationsempfindlich. Es bestand starkes Jucken.

Abb. 1

Die Lokalisation des Exanthems entsprach nach der Versicherung der Patienten den Stellen, auf denen sie im Gras gelegen hatten. Hauptsächlich befallen waren Gesäß, Bauch, Rücken, Knie, Vorder- und Außenseite der Oberschenkel, Streckseiten der Unterarme und Unterschenkel. Bei einem Patienten, bei dem der Bauch, weil er darauf gelegen hatte, besonders stark befallen war, hörte das Exanthem in der Höhe des Nabels plötzlich in wagerechter Linie auf, entsprechend dem oberen Rand der Badehose. Bei 2 Patienten war die rechte Seite (Stamm, Unterarm, Ober- und Unterschenkel), bei einem die linke (Unterarmstreckseite, Glutäus) sichtlich bevorzugt; sie hatten wohl mehr auf dieser Seite gelegen. Ein Patient, der an einem Grashalm gekaut hatte, wies auch ein Bläschen an der Unterlippe auf. Auffallenderweise war bei einem Patienten, der den ganzen Nachmittag im Gras gelegen hatte, nur das Gesäß befallen.

Verlauf: Unter indifferenter Behandlung (Schminke, Kühlsalbe) heilten die Exantheme in etwa einer Woche ab mit Zurücklassung einer mäßigen gelblichbraunen Pigmentierung. Doch konnte auch noch mehrere Tage nach dem Beginn des Ausschlags auf dem bereits bräunlichroten Grunde das Auftreten neuer kleiner Bläschen beobachtet werden.

Daß es sich bei diesem Leiden um eine erythemato-papulo-vesikulo-bullöse Dermatitis handelt, bedarf keiner näheren Erörterung. Ihr Charakter als Überempfindlichkeitsphänomen ist durch die im allgemeinen gut bekannte äußere Ursache (Wiesenpflanzen) und durch die scharf begrenzte Inkubationszeit genügend gesichert. Diese Überempfindlichkeit ist sicher ziemlich verbreitet, es ist aber doch zu vermuten, daß die Mehrzahl der Menschen davon frei ist, weil sonst wohl öfter mehrere Freunde, die gleichzeitig erkrankt sind, in unsere Behandlung gekommen wären: ich kann mich jedoch nur auf einen derartigen Fall (bei 2 Studenten) besinnen.

Die Bemühungen, die ich in diesem Sommer machte, die spezielle Ursache des Leidens aufzufinden, sind leider ohne Erfolg geblieben, da

Digitized by Google

der eine unserer diesjährigen Patienten hierzu ungeeignet war (arbeitsloser Hilfsarbeiter), der andere (Student) auf einer Wiese gelegen hatte, die tags darauf abgemäht wurde. Ich hätte deshalb die vorstehenden, lediglich klinischen Beobachtungen noch nicht veröffentlicht, wenn nicht vor kurzem eine Mitteilung von HARTMANN und BRIEL erschienen wäre, welche das gleiche, von ihnen zuerst im Sommer 1925 beobachtete Krankheitsbild beschreiben, ohne bei seiner ätiologischen Erforschung glücklicher zu sein als ich. Sie machten zahlreiche Reizversuche mit verschiedenen Pflanzen (Pastinak, Wegerich, Löwenzahn), konnten aber damit nicht mehr als eine mäßige, nicht juckende Rötung erzeugen. Sie glauben, daß in den verschiedenen Fällen ganz verschiedene Pflanzen die Übeltäter gewesen seien. Für meine bisherigen Fälle kann ich mich dieser Ansicht nicht anschließen, da das Krankheitsbild durch die bestimmte Inkubationszeit, durch das dunkle Erythem und die strichförmigen Blasen und herpetiformen Bläschengruppen bei allen Behafteten so sehr übereinstimmte, daß eine einheitliche äußere Ursache doch am wahrscheinlichsten ist. Bei der Strichform der Herde wird man in erster Linie an solche Pflanzen denken, die lange schmale Blätter haben. Und da die Krankheit an Ufern von Gewässern, also auf sogenannten sauren Wiesen entstand, müssen es Pflanzen sein, die auf solchen Wiesen gerne wachsen. Beides trifft nun in besonderem Maße für die Zyperazeen, vor allem die Karexarten (Riedgras) zu. Man muß also daran denken, daß es sich um eine Riedgrasdermatitis handeln kann. Dagegen könnte die Beobachtung sprechen, daß unsere Fälle alle zu einer engbegrenzten Zeit, nämlich im Juli (zwischen 4. und 22. Juli) erkrankten mit einer Ausnahme, einem Studenten, der erst im August kam (23. August 1922). Das ließe an eine Bedeutung der Blüteperiode der betreffenden Pflanzen oder dergleichen denken, dürfte aber vielleicht doch nur durch den Umstand bedingt sein, daß die Studenten, die mehr als die Hälfte unserer Fälle ausmachen, Ende Juli eben größtenteils München verlassen.

Abb. 2

Von fast noch größerem Interesse als die Ätiologie wäre in diesem Falle aber wohl die Pathogenese des Leidens, also die Art, wie die

Digitized by Google

fragliche pathogene Pflanze die eigentümlichen Läsionen hervorruft. Dem daß pflanzliche Stoffe Dermatitiden erzeugen, ist uns ja überreichlich bekannt (TOUTON), neu ist dagegen, daß sie derart auffallende strichförmige Effloreszenzen hervorbringen. Vor allem wäre interessant zu wissen, wieweit hier mechanische Momente (Verletzung durch scharfe Blattränder, Haare und Zähnchen) mit eine Rolle spielen, und wieweit die Durchnässung der Haut Vorbedingung der pathogenen Wirkung ist.

Soweit ich sehe, ist das beobachtete Krankheitsbild außer von HARTMANN und BRIEL, auf deren vor kurzem erschienene Arbeit mich Herr Prof. TOUTON, dem ich von meinen Beobachtungen erzählte, liebenswürdigerweise aufmerksam machte, noch von niemandem beschrieben worden, auch nicht von NAEGELI, dessen Fälle von den genannten beiden Autoren angeführt werden. Denn bei NAEGELIS Patienten war anamnestisch nichts von einem Luftbad auf einer Wiese bekannt (der Autor selbst glaubt an die Wirkung eines tierischen Planktons), und die bevorzugten Stellen waren die Oberarme, was sehr gegen die Annahme spricht, daß die Berührung mit Wiesenpflanzen die exogene Ursache gewesen sei. Außerdem ist von streifenförmiger oder herpetiformer Anordnung gar nichts erwähnt. Die systematisierte (strichförmige, büschelförmige, geflechtartige, zosterähnliche) bullöse Wiesenpflanzendermatitis der Badenden (Dermatitis bullosa systematisata phytogenes) scheint also eine neue, bisher unbeachtet gebliebene Ausschlagsform zu sein, die in Zukunft bei der starken Zunahme des Freibadesports[1]) wahrscheinlich häufiger zur Beobachtung kommen und damit wohl auch eine nicht unerhebliche praktische Bedeutung erlangen wird.

Literatur

HARTMANN und BRIEL, Über gehäuftes Auftreten einer bullösen Hauterkrankung in Strandbädern. Derm. Zschr., 1927, Bd. 50. — NAEGELI, Über einen beim Baden entstehenden Hautausschlag, die sogenannten Hundsblattern (Exanthema caniculare). Schweiz. m. W., 1923, Bd. 53, S. 1121. — TOUTON, Die Hauterkrankungen durch Pflanzen und Pflanzenprodukte. Zbl. f. Hautkrh., 1925, Bd. 17, S. 713.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Ungarn) (Vorstand: Prof. EDUARD NEUBER)

Beiträge zur Ätiologie und Therapie des Pemphigus

Von

Dr. THOMAS PREININGER, Adjunkt

Theorien über die Ätiologie des Pemphigus waren schon im 18. und 19. Jahrhundert bekannt. So macht BRAUNE über „in den Nieren zurückgehaltene Stoffe" Erwähnung, FERRARE, DÉJÉRINE, KAPOSI usw. nehmen eine trophoneurotische Grundlage an. Die Genannten haben nämlich blasige, mit Störungen des zentralen Nervensystems zusammenhängende Eruptionen der Haut gekannt (Degenerationen im Rückenmark, Paraplegien, Syringomyelie, Myelitis usw.); ja sie sahen Blasen auftreten auch nach

[1]) Besonders auch beim weiblichen Geschlecht!

Digitized by Google

Verletzungen des Rückenmarkes, oder der peripheren Nerven. Nach Eppinger haben diese Veränderungen mit dem Pemphigus nichts zu tun, in der Mehrzahl der Fälle zeigt eben das Zentralnervensystem nichts Charakteristisches. Viele hatten den Pemphigus für eine Infektionskrankheit gehalten und entweder den Erregern (Waelsch, neuestens Randelli, Carrera, Eberson, Schalek) oder ihren Toxinen ätiologisch eine Bedeutung beigemessen (Sormani, Tomasoli, Köbner, Eppinger usw.).

Die Therapie gipfelte bisher darin, daß die Blasen so rasch wie möglich zum Verschwinden gebracht werden, um den Kranken vor einer sekundären Infektion zu schützen. Heute wissen wir über das Wesen der Krankheit schon etwas mehr, so kann auch die Therapie auf neuer Grundlage aufgebaut werden. Kreibich, Kartamischew, Urbach, Kobayashi fanden in der Haut eine starke Kochsalzretention und Ödembereitschaft. Diese Befunde lassen die Blaseneruption auf eine Stoffwechselstörung zurückführen. Urbach glaubt auf Grund seiner Versuche, daß der Organismus sich mit der Blaseneruption gegen die gesteigerte Kochsalzretention schützt. Damit ginge auch ein gesteigerter Eiweißzerfall einher.

Es war also der Gedanke naheliegend, daß die Therapie vor allem gegen diesen gesteigerten Eiweißzerfall gerichtet sein müsse. Urbach wollte das so lösen, daß zur Unterstützung der Schutzkräfte nebst Salz- und reicher Kohlenhydratdarreichung Insulinkur gegeben werde, um einen Eiweißansatz zu erreichen. Die Ursache des Eiweißverlustes ist noch unbekannt, so muß die Therapie mit Hypothesen und mit der Empyrie sich begnügen, was auch schon deshalb begründet ist, weil man über den Wert der einzelnen Mittel bei einer so seltenen Erkrankung kein richtiges Urteil fällen kann; erweist sich nun eine Methode wirksam, so kann man daraus auch auf die Ätiologie schließen.

Unseres Erachtens können der Eiweißverlust und die Kochsalzretention auf Stoffwechselstörungen zurückgeführt werden, welche in endokrinen Störungen ihre Ursache haben. Diese Auffassung wird durch die Arbeiten von Fontana, Planner, Werther und Rajka unterstützt, die diese Erkrankung mit Veränderungen der weiblichen Genitalien zusammen fanden, ja die beiden letzteren hatten auch einen ursächlichen Zusammenhang konstatiert. Bagnacci sah an zwei männlichen Patienten Pemphigus und genitale Störungen (retikuläres Hodengewebe — Atrophie). Die Fälle von Calcaro, Langer, Keining, Ruete, Schreus und Esser, ferner Buschke und Langer lassen ebenfalls auf eine endokrine Dysfunktion, vor allem der Keimdrüsen denken. Es ist unwahrscheinlich, daß die Kochsalzretention, Eiweißzerfall, Ödembereitschaft und eventuell Störungen im Nervensystem nur immer Folgen von Störungen einer einzelnen endokrinen Drüse seien (Buschke und Ollendorf, Mc Lasson, Keiler, Schlesinger, Schreiner, Mc Eben, Blatt); unseres Erachtens spielen da mehrere Drüsen und auch das sympathische Nervensystem eine Rolle, die ja alle miteinander in Koordination stehen. So könnte diese Erkrankung als eine Erscheinung der Erkrankung des innersekretorischen Systems aufgefaßt werden.

Demnach muß die Therapie die Harmonie in der Funktion der endokrinen Drüsen wiederherstellen. Über das Wie und Warum in der Endokrinologie wissen wir noch recht wenig, doch verfügt die Wissenschaft

Digitized by Google

schon über ein Verfahren, mit Hilfe dessen auf eine Dysfunktion der Drüsen ziemlich sicher geschlossen werden kann (Ninhydrinreaktion, D. m. W., 1925, Nr. 46).

In unserem Falle handelte es sich um einen Mann, deshalb suchten wir den Grund in den Hoden, und auch unsere Therapie richtete sich auf die Drüse. Wir dachten mit einer zeitweiligen Ausschaltung der Hodenfunktion — durch Röntgenkastration — die Besserung der Stoffwechselstörungen und der Hauterscheinungen zu erreichen.

P. K., 29 Jahre alter Kranke. An der Brusthaut entstanden im August 1926 in Begleitung von mäßigem Juckreiz Blasen, welche bald die ganze Hautoberfläche, Gesichts- und Kopfhaut einnahmen. Bei der Aufnahme im Oktober 1926 waren am Gesicht, behaarter Kopfhaut, am Halse, Brust, Bauch, Rücken, in allen Beugen, Streck- und Beugeflächen der Extremitäten verstreut, bohnen-, haselnuß-, nußgroße, teils pralle, teils zusammengefallene Blasen mit rein serösem Inhalt auf reaktionslosem Grund zu sehen. Am ganzen Integument verstreut kronen- bis flachhandgroße, runde bis ovale, gelapptrandige, scharf umschriebene, im Hautniveau sitzende dunkle, kaffeebraune Flecke. Schleimhäute frei. Der Kranke ist verfallen. Therapie: Hypermanganbäder, Öffnen der Blasen, Borvaselinverband. Der Zustand verschlechterte sich, neue Blaseneruptionen, starke Pigmentierung an Stelle der älteren (Chinin hat er nie bekommen!), ja an der Brust starke Wucherung, so daß wir das Bild des Pemphigus vulgaris und vegetans vor uns hatten. Nach Transfusion von 500 ccm Blut neue Blasen (28. Oktober); große Schwäche. Am 10. November Röntgenkastration beider Hoden (500 R, 2 mm Al), am 30. November dieselbe Dosis nochmals. Am vierten Tage nach der ersten Röntgenbestrahlung zeigten sich schon eine lebhafte Überhäutung, aber stellenweise auch noch Wucherungen; nach der zweiten Bestrahlung nimmt sich der Kranke auffallend zusammen, die alten Wucherungen gehen zurück, neue Blasen schießen nur einzeln und seltener auf; binnen 4 Wochen 4 kg Gewichtszunahme. Der Kranke steht seither unter Kontrolle, neue Blasen meldeten sich nur selten.

Es war auffallend, daß die Ninhydrinreaktion eine normale Hodenfunktion ergab:

Thyreoidea	Hypophyse	Thymus	Nebenniere	Hoden
+	+	−	+	+
−	−	−	−	

Auch das zeigt die gleichzeitige Anteilnahme mehrerer Drüsen. Den größten Ausfall zeigte die Thymus, geringeren die Thyreoidea, Hypophyse und Nebenniere. Die Hodenfunktion ergab allein eine positive Reaktion. Die Röntgenkastration war doch von auffallender Besserung begleitet worden. Vielleicht hat die Ausschaltung der Hoden die anderen Drüsen zur gesteigerten Funktion angeregt, um so das Gleichgewicht des Stoffwechsels wiederherzustellen. Es ist nicht ausgeschlossen, daß das Gleichgewicht dadurch zustande kam, daß die Hodenfunktion auf das Niveau der anderen Drüsen herabgesetzt wurde.

Nachtrag bei der Korrektur: Seither können wir noch über einen durch Röntgenkastration günstig beeinflußten Fall berichten. Die Veränderungen bedeckten hier auch die Schleimhäute des Mundes und der Nase sowie der Konjunktiva; die Untersuchung der innersekretorischen Drüsen ergab fast dasselbe Ergebnis wie der obige Fall (Hodenfunktion normal, Ausfall in der Thymusfunktion).

Literatur

Blatt, Derm. W., 1927, Nr. 3, S. 99. — Buschke und Langer, Derm. W., 1926, Nr. 43, reiche Literaturangaben. — Carrera, Actas dermo-sifilographicas, 1922, Nr. 4. — Eberson, Arch. of derm. a. Syph., 1923, Nr. 2. — Mracek, Handb. d. Hautkrkh., Wien 1904, Bd. 2. — Schalek, Arch. of Derm. a. Syph., 1925, Nr. 2. — Schreus und Esser, Derm. W., 1926, Nr. 43.

Digitized by Google

Aus der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik in Berlin
(Direktor: Geh.-Rat Prof. Bier)

Über Erythema annulare centrifugum unter besonderer Berücksichtigung der Ätiologie auf Grund von Untersuchung der interferrometrischen Abbauwerte nach Abderhalden, des Gasstoffwechsels usw.

Von

Dr. Wilhelm Richter

Mit 6 Abbildungen im Text

(Schluß)

Fall 7. Hans K., 20 Jahre, seit 2 Jahren in Abständen von etwa 6 Monaten sich immer wiederholende Ausschläge auf den Armen, vor allem auf den Beugeseiten, im übrigen stets gesund gewesen; auch Familienanamnese o. B.

Befund: Über den Beugeseiten beider Arme zahlreiche girlandenförmig angeordnete Herde, hellrot verfärbt, aus einzelnen etwa stecknadelkopfgroßen Knötchen, die aneinandergereiht sind, bestehend, ohne Schuppenbildung. Das Zentrum der Herde ist von normaler Hautfarbe. Subjektiv hat der Patient keine Beschwerden.

Differentialdiagnostisch konnte Urtikaria wegen des langen Bestehens jedes Krankheitsschubes, des Fehlens von Jucken und der Knötchenbildung ausgeschlossen werden.

Ein Schulfall des Bildes, das Darier als Erythème papulo-circinée migrateur et chronique bezeichnet.

Abb. 6

Fall 8. Paula W., 27 Jahre, seit dem letzten Partus vor 5 Jahren dauernd wechselnden Ausschlag über den Armen und Beinen, und zwar dergestalt, daß der Ausschlag nach etwa 3—4wöchentlichem Bestehen von selbst schwindet, um nach etwa 2 Monaten, häufig in Verbindung mit den Menses, erneut aufzutreten. Subjektive Beschwerden fehlen völlig, nur gibt die Patientin an, seit dem letzten Partus auffallend an Gewicht zugenommen zu haben.

Befund: Über den beiden Unterarmen, Unter- und Oberschenkel zahlreiche teils konfluierende, girlandenförmig angeordnete, bis münzengroße Herde, die von einem wallartigen hellroten Rand abgeschlossen werden, während die Zentralpartien zum Teil normale, zum Teil blaßrote Verfärbung zeigen, Schuppenbildung fehlt völlig (Abb. 6).

Differentialdiagnostisch kann Urtikaria wegen des Fehlens der subjektiven Beschwerden und wegen des langen Bestehens der einzelnen Herde ausgeschlossen werden.

Digitized by Google

Es handelt sich um die urtikarielle Form des Erythema annulare, wie sie LITTLE, SKLARZ u. a. m. beschrieben haben.

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: erhöht; spezifisch-dynamische Wirkung: erniedrigt. Mineralstoffwechsel: normal; Prüfung des vegetativen Systems: normal.

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Ovar	Adrenalin	Thyreoidea	Thymus
D_6 neg.	D_6 (7)	D_4 (2)	D_4 (2)	D_{10} (8)	D_6 neg.	D_6 neg.
D_5 (2)					D_4 (2)	D_4 (6)

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
18	19	14	30	12

Zusammenfassend handelt es sich somit nach der interferrometrischen Untersuchung um eine Dysfunktion von Hypophyse, Thyreoidea und Ovar, auf Grund der Kutanprobe um eine ausgesprochene Überempfindlichkeit der Haut gegen Ovar, dagegen eine Herabsetzung gegen Thyreoidea. Dagegen spricht die Erhöhung des Grundumsatzes und die Erniedrigung der spezifisch-dynamischen Wirkung nach unserer im Anfang gegebenen Zusammenstellung für eine ausgleichende Funktionsverschiebung zwischen Hypophyse und Thyreoidea. Auch hier finden wir wieder, worauf ich vorher hingewiesen habe, daß die bisherigen Rückschlüsse in bezug auf Inkretionsvorgänge in Thyreoidea und Hypophyse, die auf Veränderungen des Gasstoffwechsels bisher angenommen wurden, allem Anschein nach noch etwas zu eng begrenzt sind. Wegen der Unklarheit der Auswertung der Resultate haben wir dann nach Darreichung von Hormonen experimenti causa an Hand von interferrometrischen Kontrolluntersuchungen die Beeinflussung der Abbauwerte festgestellt, die ich im folgenden bringe:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
18	19	14	30	12

Nach 14tägiger Darreichung des Medikaments Vitrisol cum Thyreoidea:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
13	33	26	10	22

Nach 14tägiger Darreichung des Medikaments Vitrisol cum Hypophyse:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
29	17	19	10	10

Nach 14tägiger Darreichung des Medikaments Vitrisol cum Ovar:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
8	18	7	21	8

Hieraus geht somit hervor, daß im vorliegenden Fall durch die Darreichung von Ovarhormonen die beste korrelative Beeinflussung der Inkretionsvorgänge erzielt wurde.

Fall 9. Lotte W., seit 10 Jahren an der inneren Seite beider Oberschenkel symmetrisch auftretende Hautrötung, die bis auf ganz geringes Jucken keine besonderen Beschwerden verursachte.

Digitized by Google

Befund: An der inneren Seite beider Oberschenkel im Bereich des unteren Drittels je ein kleiner, handtellergroßer, polygonal konfigurierter, scharf gegen die Umgebung abgesetzter, blaurot verfärbter Herd, dessen Randpartie mehr hellrote Farbe zeigt. Die Affektion liegt im Niveau der Haut, Schuppenbildung fehlt völlig.

Differentialdiagnose: Für Purpura teleangiectodes Majocchi fehlen Reste von Hautblutungen in den Randpartien, weiterhin die gelbbraune Verfärbung. Außerdem konnte die von Gottron als besonders charakteristisch für dieses Krankheitsbild angegebene Polyglobulie nicht festgestellt werden.

Gegen die Brocqsche Erkrankung (Arndt), die Xanthoerythrodermia perstans oder Erythrodermie pityriasique en plaques disseminées spricht das Fehlen von Schuppenbildung resp. der leichten Fältelung der Haut über dem Krankheitsherd, die auf einen parakeratotischen Prozeß zurückzuführen ist.

Es handelt sich um die erythematöse Form des Erythema annulare.

Gasstoffwechsel, Grundumsatz: stark erhöht; spezifisch-dynamische Wirkung: stark erniedrigt. Mineralstoffwechsel: normal.

Blutbild: Hämoglobin 75%, Erythrozyten 5000000, Leukozyten 9300, Eosinophile 1%, Jugendliche 1%, Stabkernige 8%, Segmentkernige 50%, Lymphozyten 25%, große Mononukleäre 6%.

Prüfung des vegetativen Systems zeigt Normalkurve. Aschner negativ.

Kutanprobe

Hypophyse	Hyp. ant.	Hyp. post.	Ovar	Thymus	Thyreoidea	Nebenniere
D_6 neg.	D_6 neg.	D_6 neg.	D_6 (7)	D_6 △6	D_6 (6)	D_{10} (8)
D_5 neg.	D_4 (2)	D_4 (1)				
D_4 (1)						
D_3 (7)						

Interferrometrie

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
12	28	26	30	23

Aus der interferrometrischen Untersuchung ergeben sich vor allem erhöhte Abbauwerte für Thyreoidea und Nebenniere, aus den Kutanproben eine Herabsetzung der Reizbarkeit der Haut gegen Hypophyse und eine Erhöhung derselben gegen Thyreoidea und Nebenniere. Dagegen scheinen nach den Resultaten der Gasstoffwechseluntersuchung auf Grund der zu Beginn im Zusammenhang besprochenen Erfahrungen die korrelativen Vorgänge zwischen Hypophyse und Thyreoidea ausgeglichen zu sein. Aus diesem Grunde ist die Beurteilung des Störungsmodus recht schwierig, und wir haben zur weiteren Klärung 14 Tage Vitrisol cum Ovar[1]) dargereicht, wonach sich nach der interferrometrischen Kontrolluntersuchung folgende Werte ergaben:

Hypophyse	Thyreoidea	Thymus	Ovar	Nebenniere
3	27	18	19	6

[1]) Hersteller: Dr. Willmar Schwabe, Leipzig.

Digitized by Google

Diese Untersuchung ergibt eine deutliche Besserung der Abbauwerte gegenüber der Ausgangskurve und besagt, daß der hormonelle Reiz, der durch die Zufuhr von Vitrisol cum Ovar gesetzt ist, im Sinne einer Verbesserung von Korrelationsvorgängen im Inkretionssystem gewirkt hat.

Zusammenfassend möchte ich auf Grund unserer eigenen Beobachtungen und der kasuistischen Mitteilung aus der Literatur, trotz der zum Teil recht weitgehenden Variationen zwecks Vereinfachung der Nomenklatur, als gemeinsame Bezeichnung aller in diese Gruppe einzureihenden Erkrankungen Erythema annulare centrifugum vorschlagen, wie es auch SKLARZ in seiner Arbeit angegeben hat.

Was die Ätiologie der Erkrankung anlangt, so glaube ich auf Grund der wichtigen Untersuchungen von interferrometrischem Hormonabbau nach ABDERHALDEN (nach der Modifikation von HIRSCH), der Gasstoffwechseluntersuchung, Kutanreizproben mittels Hormone, unter Bestimmungen von Schwellwerten, weiterhin durch die Prüfung des vegetativen Systems und Mineralstoffwechsels annehmen zu müssen, daß durch Störungen in der Korrelation der Inkretionsvorgänge eine Disposition geschaffen wird für die zum Teil dann hinzukommenden äußeren Schädigungen.

Wie häufig bei Hauterkrankungen, Psoriasis usw., handelt es sich auch bei dem Erythema annulare nicht um eine einheitliche, ursächliche Komponente, sondern um mehrere Faktoren, die in ihrem engen Zusammentreffen als Entstehungsmodus verantwortlich zu machen sind. Besonders beachtenswert erscheint uns die Untersuchung der Hormonabbauwerte nach ABDERHALDEN mittels der Modifikation von HIRSCH, durch die wir neben den wichtigen Anhaltspunkten für Störungen im Inkretionssystem vor allem auch ein Verfahren haben, womit wir in der Lage sind, die medikamentöse Beeinflussung nachprüfen zu können. Allerdings muß erwähnt werden, daß die Untersuchungstechnik an sich recht schwierig ist und große Erfahrungen an den Untersucher stellt, worauf auch sicher die außerordentlich differenten Ansichten über die Methode zurückzuführen sind.

Literatur

HIRSCH, P., Die ABDERHALDENsche Reaktion. Berlin. — LIEBNER und FENYÖ, Erythema annulare centrifugum acutum multiplex. Derm. W., 1926, Bd. 83, Nr. 46. — DARIER, De l'erythème annulaire centrifuge. Ann. de Derm. et de Syph., 1916, 17. 5. Serie, Bd. 7, Nr. 2. — BARINETTI, Über die spezifisch-dynamische Wirkung der Nahrungsmittel. Arch. di patol. c. clin. med., 1925, Bd. 4, H. 2, S. 201—212. — KRAUL und HALTER, Die Beziehung des weiblichen Genitale z. Gtl. Zschr. f. Geburtsh., 1924, Bd. 87, S. 606. — TSUBURA, SHIERO, Beiträge zur Kenntnis der inneren Sekretion der Keimdrüsen. 11. Mitteilung. Keimdrüsen und respiratorischer Gasstoffwechsel. Biochem. Zschr., 1923, Bd. 143, H. 3/4, S. 291. — POLLITZER und STOER, Untersuchung zur Pathologie des respiratorischen Stoffwechsels. 1. Mitteilung. Basislinien für die klinische Verwertung der spezifisch-dynamischen Nahrungswirkungen. Wien, Arch. f. inn. Med., 1924, Bd. 9, H. 2, S. 307—336. — LIEBESNY, Beiträge zur Pathologie des respiratorischen Gasstoffwechsels. 5. Mitteilung. Zur spezifisch-dynamischen Wirkung der Nahrungsmittel. W. kl. W., 1925, Nr. 4, S. 156; Kongr.-Zbl., Bd. 41, S. 436. — LIEBESNY, Beiträge zur Pathologie der respiratorischen Gaswechsellehre. 6. Mitteilung. Der Einfluß der Hypophyse auf den Energiestoffwechsel. W. kl. W., 1925, Nr. 28, S. 780; Kongr.-Zbl., Bd. 42, S. 270. — STÜMPKE, Erythema annulare centrifugum acutum multiplex. Derm. W., 1927,

Digitized by Google

Bd. 84, Nr. 14. — Sklarz, Über annuläre Erytheme. Derm. W., 1922, Bd. 75, Nr. 32. — Worobjew und Ujanski, Ein Fall Erythème annulaire centrifuge Darier. Derm. W., 1927, Bd. 84, Nr. 13. — Dohi, K., A Case of Erythema Annulare. Jap. J. of Derm. and Urol., 1923, Bd. 39, Nr. 3, S. 254—258. — Little, Graham, Case of Erythema Circinatum. Proc. of the Roy. Soc. of Med., 1924, Bd. 17, Nr. 6., Sect. of Derm., S. 56; Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 8; 1925, Bd. 17. — Mibelli, Agostino, Sugli eritemi annulari centrifughi. Osservazioni cliniche, anatomopatologiche e note critiche. Giorn. ital. delle mal. vener., 1924, Bd. 65.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dr. S. Neumark) und dem chemisch-bakteriologischen Laboratorium (Leiter: Dr. E. Seliwanowa) der Krankenkasse zu Lodz

Über das Verhalten des Blutzuckers bei Lues

Von

Dr. S. Neumark und L. Tschatschkowska

Auf das Verhalten des Blutzuckers im Verlauf der Lues wurde die Aufmerksamkeit erst unlängst gelenkt. Schon der Charakter der Lues als einer Infektionskrankheit von chronischem Verlauf konnte den Verdacht erwecken, daß im Zusammenhang mit den allgemeinen humoralen und Gewebsveränderungen auch glykoregulatorische Störungen vorkommen müssen. Bekanntlich wird der Lues eine gewisse Bedeutung als einem der ätiologischen Faktoren des Diabetes zuerkannt. Die Rolle der Lues in der Ätiologie des Diabetes ist von einigen Autoren überschätzt [Pinard (1)], von anderen dagegen zu wenig in Betracht genommen [Touflet (2)]. Rosenbloom (3) untersuchte 139 Diabetiker auf das Verhalten der WR, die in 16 Fällen, d. i. in 12% der Fälle, sich als positiv erwies; dennoch war die eingeleitete antiluetische Behandlung ohne Einfluß auf den Verlauf des Grundleidens geblieben. Andere Autoren [Rathéry und Fernet (4), Villaret und Blum (5)] dagegen haben in einzelnen Fällen von Diabetes auf luetischer Grundlage das Verschwinden des Zuckers im Urin nach spezifischer Behandlung festgestellt.

Die Rolle der Lues in der Ätiologie des Diabetes kann zweierlei Art sein: die Lues kann dauernde anatomische Veränderungen im Nervensystem, in den inneren Organen, hauptsächlich in den Drüsen mit innerer Sekretion, oder nur vorübergehende funktionelle Störungen verursachen. Auf diese Weise kann man die widersprechenden Ergebnisse der antiluetischen Behandlung des Diabetes auf luetischer Grundlage erklären. Außerdem ist auch die Möglichkeit in Betracht zu nehmen, daß wohl Lues und Diabetes nebeneinander bei ein und demselben Individuum vorkommen können, ohne in einem ätiologischen Zusammenhang zueinander zu stehen.

Die systematischen Untersuchungen auf das Verhalten des Blutzuckers im Verlauf der Lues haben praktische Bedeutung insofern, als man auf diesem Wege die ersten Symptome einer glykolytischen Insuffizienz [Achard (6)] oder Störungen in der endogenen Glykoregulation bei Individuen feststellen kann, bei denen die gewöhnlichen klinischen

Digitized by Google

Untersuchungen keinen greifbaren Hinweis auf das Vorhandensein von gewissen Unregelmäßigkeiten im Kohlenhydratstoffwechel des Organismus geben.

Außerdem sind diese Untersuchungen wohl von theoretischem Wert, denn sie beweisen, daß sowohl im Verlauf der Lues als auch anderer Infektionskrankheiten (Freund und Marchand, Achard, Ribot und Binet) sowie bei experimenteller Infektion der Laboratoriumstiere [Lépine (7)] festgestellte Hyperglykämie weniger von der Temperaturerhöhung (Geiger [8]) als vom Grad und Charakter der Infektion abhängig ist.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß in dieser Hinsicht die letzte Rolle den funktionellen Störungen des vegetativen Nervensystem sowie der Drüsen mit innerer Sekretion neben direkter Einwirkung der Toxine auf die Gewebe zuerkannt werden muß.

Das Verhalten des Blutzuckers bei Lues wurde zum erstenmal von Pick (9) untersucht, der in 12 Fällen von Lues II in der Hälfte der Fälle leichte Hyperglykämie festgestellt hat. Pick konnte keinen Unterschied zwischen behandelten und unbehandelten Fällen in bezug auf die Glykämie bemerken. Memmesheimer (10) bediente sich der modifizierten Pavyschen Methode und stellte bei gesunden Individuen 0,6—1,1‰ Zucker im Gesamtblut fest. Die 85 von Memmesheimer untersuchten Fälle waren folgendermaßen eingeteilt: Lues I 12 Fälle, Lues II 56, Lues III 2 und Lues latens 15 Fälle. Bei Lues I stellte Memmesheimer normalen Blutzuckergehalt fest. Von den 29 von Lues II unbehandelt oder im Beginn der Behandlung stehenden Fällen wurde in 17 Fällen leichte Hyperglykämie (1,1—1,81‰), dagegen in 27 Fällen, die während oder nach Beendigung der Behandlung untersucht wurden, nur in 2 Fällen erhöhte Blutzuckerwerte nachgewiesen. Bei 5 Kranken, die im Beginn der Behandlung eine Hyperglykämie aufwiesen, erfolgte nach beendigter Kur eine Erniedrigung des Blutzuckerspiegels. In 15 Fällen von Lues latens erwiesen sich normale Blutzuckerwerte. In einem Falle von Lues III mit Salvarsanexanthem war eine Hypoglykämie (0,4‰) festgestellt, welche nach Zurückbildung des Exanthems verschwand.

Im allgemeinen haben die Untersuchungen von Memmesheimer erwiesen, daß im Verlauf von Lues II man erhöhte Blutzuckerwerte feststellen kann, welche nach der spezifischen Behandlung zurückgehen.

Schulmann (11) bestimmte den Blutzuckergehalt mit Folins kolorimetrischer Methode in 90 Fällen, nämlich: Lues I 12 Fälle, Lues II 35, Lues III 20, Lues latens 7, Lues hereditaria 10, Tabes dorsalis 5, Paralysis progr. 3 Fälle. Bei Lues I erhielt er im allgemeinen normale Blutzuckerwerte, ausgenommen in 2 Fällen, die sich im Stadium vor der Eruption befanden, erhöhten Blutzuckerspiegel. Von den 35 Fällen von Lues II stellte Schulmann in 15 Fällen eine Glykämie über 1‰ fest, in einem Falle sogar 2,22‰; besonders hohe Werte erhielt er dabei in Fällen von generalisiertem Exanthem. Bei 2 Kranken erniedrigte sich der Blutzuckerspiegel nach der beendigten Kur.

Von den 20 untersuchten Fällen von Lues III war nur bei 3 Kranken eine Hyperglykämie konstatiert worden, darunter bei einer Person mit vergrößerter und harter Leber; von den 10 Fällen von Lues hereditaria waren nur bei 2 Kranken erhöhte Blutzuckerwerte; in allen anderen untersuchten Fällen wurde eine normale Glykämie gefunden; nur ein Fall von Tabes dorsalis zeigte 1,26‰. Die Ergebnisse der Untersuchungen Schulmanns bestätigen im allgemeinen diejenigen von Pick und Memmesheimer. Alle diese Autoren haben im Verlauf von Lues II eine Hyperglykämie festgestellt, die in einigen Fällen nach spezifischer Behandlung zurückging. Außerdem konstatierte Schulmann in einigen Fällen von Lues III und Lues hereditaria vermehrten Blutzuckergehalt.

Normalerweise enthält das menschliche Blut nüchtern auf Grund von Untersuchungen mehrerer Autoren 0,7—1,1‰ Zucker im Gesamtblut, vielleicht sogar bis 1,5‰ (nach Angaben von Baudoin). Lambling (12) erachtet die Zahlen von über 1,5‰ als Ausdruck einer sicheren Hyperglykämie. Auf Grund zahlreicher Blutzuckerbestimmungen nimmt Schmidt (13) als Maximalnorm den Blutzuckergehalt von 1,1‰ an. Auch andere Autoren wie Bang, Mandel und Steudel, Michaelis erachten die Zahlen von 0,7—1,19‰ als der Norm entsprechend [Urbach (14)]. Nach Staub beträgt bei gesunden Individuen die durchschnittliche Glykämie 0,96‰ (0,75—1,13‰).

Digitized by Google

VON NOORDEN gibt auf Grund seiner reichen Erfahrung durchschnittlich 0,8—0,9‰ Blutzucker an [POLLACK (15)]. Das Alter übt keinen größeren Einfluß auf den Blutzuckergehalt, dagegen ist der Blutzuckerspiegel von der Diät abhängig.

Die Untersuchungen von RADOSLAV [FALTA (16)] haben ergeben, daß bei ausschließlicher Gemüse-Fettkost das Blut durchschnittlich 0,6—0,7‰ Zucker nüchtern enthält, bei Eiweißfett oder Mehl-Früchte-Diät — durchschnittlich — 0,9‰, dagegen bei kohlenhydratreicher Kost wurden als Durchschnittswerte 1,10—1,15‰ Blutzucker gefunden.

Vielleicht ist durch die Art der übermäßigen kohlenhydratreichen Ernährung zu erklären, daß manche Autoren wie BAUDOIN und LAMBLING solche aus der Norm entsprechende Zahlen annehmen, die von der weitaus größeren Mehrzahl anderer Autoren als Ausdruck einer Hyperglykämie betrachtet werden.

Auf Grund von über 500 Blutzuckerbestimmungen mit der BERTRANDschen Methode nehmen wir als normalen Blutzuckergehalt nüchtern 0,65—1,2‰ im Gesamtblut an, wobei zugleich sowohl das Alter und Geschlecht der Kranken (fast ausschließlich Frauen im Alter von 20 bis 50 Jahren) wie im allgemeinen ungenügende Ernährung und die Art der Ernährung, hauptsächlich Kartoffeln, in Betracht genommen ist.

Von den 130 Kranken auf Zuckergehalt im Gesamtblut nüchtern untersuchten waren: Lues I 10 Fälle, Lues II 22, Lues III 15, Lues latens 67, Lues hereditaria 8, Tabes dorsalis 7, Lues cerebrospinalis 1 Fall.

Tabelle I. Lues I

	Name und Vorname	WR	Blutzuckergehalt, nüchtern in ‰
3. VIII. 1924	A. P.	—	0,7
25. VIII. 1924	J. F.	—	0,9
10. VIII. 1924	J. J.	—	1,25
12. VIII. 1924	J. Ch.	—	1,05
28. IX. 1924	P. F.	—	0,92
3. X. 1924	J. B.	—	1,1
21. XI. 1925	Sob. St.	—	0,85
18. XI. 1925	Wik. As.	—	0,94
19. I. 1926	Gabr.	—	0,93
6. II. 1926	Priw. J.	—	0,75

Bei Lues I mit negativer WR war der Blutzuckergehalt normal (0,7—1,1‰), nur in einem Falle 1,25‰. Mittelwert 0,93‰.

Tabelle II. Lues II

	Name und Vorname	Alter	WR	Blutzuckergehalt in ‰	Bemerkungen
25. VIII. 1924	R. W.	19	++++	1,4	vor der Behandlung
3. XI. 1924	R. W.	19	—	0,8	nach der beendigten Kur
31. VIII. 1925	R. W.	20	—	1,15	vor der neuen Kur
6. IX. 1924	L. S.	25	++++	1.4	nach 4 Neo + 13 Bi
13. XI. 1924	L. S.		—	0,75	nach der beendigten Kur
29. IX. 1924	W. Gł.	30	++	1,05	nach 2 Bi
6. X. 1924	M. P.	27	++++	1,15	nach 2 Neo + 6 Bi
4. X. 1924	K. W.	22	++++	0.85	nach 6 Hg + 2 Bi
14. X. 1924	Br. M.	32	++++	1,25	Leukoderma nach der beendigten Kur

Digitized by Google

	Name und Vorname	Alter	WR	Blutzuckergehalt in ‰	Bemerkungen
4. IV. 1925	M. St.	59	++++	0,8	nach Northovankur
9. IV. 1925	J. W.	17	++++	0,88	nach 2 Neo + 8 Bi
24. VII. 1925	A. Ch.		++++	0,84	nach 1 Neo + 2 Bi
28. VII. 1925	H. W.		++++	0,9	nach 50 Stovarsoltabletten
13. VIII. 1925	Reg. N.	29	++++	1,3	Graviditas in menso VIII
2. VIII. 1925	M. M.	21	++++	1,5	vor der Kur
27. X. 1925	M. M.	21	—	1,1	nach der beendigten Behandlung
12. IX. 1925	A. J.		++++	1,1	vor der Kur
14. IX. 1925	L. Sz.		++++	1,1	unbehandelt
12. X. 1925	J. J.		++++	1,25	vor der Behandlung
19. XI. 1925	E. T.	25	++++	1,5	vor der Kur. Nach beendigter Behandlung 1,1 ‰
30. XI. 1925	A. J.	29	++++	1,0	unbehandelt
25. I. 1926	B. W.		++++	0,95	unbehandelt
13. I. 1926	M. P.		++++	0,6	unbehandelt
22. I. 1926	M. P.		++++	0,72	nach 1 Neo + 2 Bi
10. II. 1926	M. P.		—	0,8	nach 2 Neo + 5 Bi
14. II. 1926	D. Z.	22	++++	0,8	unbehandelt
25. II. 1926	G. A.		++++	0.8	
16. IV. 1926	Am. H.		++++	0,74	

Von den 22 Fällen von Lues II war bei 7 Kranken, d. i. in 32% der Fälle, der Blutzuckergehalt erhöht (über 1,2—1,5‰), davon waren 4 Kranke vor oder im Beginn der Behandlung untersucht. Bei diesen erniedrigte sich der Blutzuckerspiegel nach der beendigten Kur (in einem Falle von 1,4—0,8‰, in einem zweiten von 1,4—0,75‰, im dritten von 1,5—1,1‰, im vierten von 1,5—1,1‰). Dagegen wurde bei einer Kranken 0,6‰ festgestellt, wobei sich der Blutzuckerspiegel nach 2 Neo + 5 Bi erhöhte (0,8‰). Mittelwert 1,05‰.

Tabelle III. Lues III

	Name und Vorname	WR	Blutzuckergehalt in ‰	Bemerkungen
6. X. 1924	H. S.	++++	0.87	
7. X. 1924	F. Mik.	++++	1,35	vor der Behandlung
2. XI. 1924	F. Mik.	—	1,0	nach beendigter Kur. Zuckergehalt im Liquor 0,58‰
20. IV. 1925	O. G.	++++	0,8	
29. IV. 1925	War. Wł.	—	1,3	Gonitis specifica sin.
17. XI. 1925	Kasp.	++++	1,4	
17. XI. 1925	M. W.	++++	0,6	
10. X. 1925	K. K.	++++	0,78	
10. X. 1925	Al. H.	++++	1,0	
10. X. 1925	M. B.	++++	1,02	
12. X. 1925	M. St.	++++	1,2	Lues hepatis
14. X. 1925	M. Sz.	++++	1,25	
14. X. 1925	A. M.	++++	0,85	Aortitis luetica

Digitized by Google

	Name und Vorname	WR	Blutzuckergehalt in ‰	Bemerkungen
23. XII. 1924	S. Elz.	—	0,8	
18. VIII. 1924	Gr. R.	++++	1,4	Neurodermitis disseminata
9. X. 1924	Gr. R.	—	1,6	
23. IV. 1925	Gr. R.	—	1,2	
27. V. 1925	Gr. R.	—	1,6	
2. VI. 1925	Gr. R.	—	1,2	
22. II. 1926	Sz. Br.	++++	0,54	vor der Behandlung
24. III. 1926	Sz. Br.	++++	0,65	während der Kur

Von den 15 Fällen von Lues III wurde bei 5 Kranken, d. i. in 33% der Fälle, Hyperglykämie (bis 1,6‰ ohne Vorhandensein von Zucker im Urin) festgestellt.

Bei einer dieser Kranken mit 1,35‰ Blutzucker vor der Kur erniedrigte sich der Blutzuckergehalt auf 1,0‰ nach der beendigten Behandlung. Dagegen bei 2 Kranken erwies die Untersuchung hypoglykämische Werte (in einem Falle 0,6‰, in einem anderen 0,54‰, nach einem Monat spezifischer Behandlung 0,65‰). Mittelwert 1,02‰.

Tabelle IV. Lues latens

	Name und Vorname	Alter	WR	Blutzuckergehalt nüchtern in ‰
29. IX. 1924	G. I.	23	—	0,75
28. IX. 1924	A. K.	23	++++	0,65
18. X. 1924	A. K.	23	++++	0,7
7. X. 1925	A. K.	23	—	0,85
2. X. 1924	W. Sz.	21	—	0,9
2. X. 1924	S. Sk.	31	—	0,75
3. X. 1924	H. D.	20	++++	1,2
3. X. 1924	A. J.	28	++++	1,15
6. X. 1924	J. P.	32	—	1,35
19. XI. 1924	J. P.	32	—	1,0
7. X. 1924	T. Z.	22	++++	1,0
6. XI. 1924	T. Z.	22	—	0,8
8. X. 1924	J. L.	29	++++	1,0
5. X. 1925	J. L.	30	—	0,92
8. X. 1924	J. M.	32	++++	0,9
9. X. 1924	W. F.	30	++++	1,1
9. X. 1924	J. T.	24	—	1,3
9. X. 1924	M. Sz.	32	++	0,7
9. X. 1924	M. L.	25	—	0,7
6. XI. 1924	M. L.	25	—	0,92
10. X. 1924	A. St.	36	—	0,8
11. X. 1924	Al. B.	35	—	1,35
25. X. 1924	Al. B.	35	—	1,25
8. XI. 1924	Al. B.	35	—	0,85
10. X. 1924	M. B.	29	++	1,45
25. XI. 1924	M. B.	29	++	1,1
16. XII. 1924	M. B.	29	+	1,06
11. X. 1924	M. Kr.	30	++++	1,55
14. X. 1924	K. W.	23	++++	1,15

Digitized by Google

	Name und Vorname	Alter	WR	Blutzuckergehalt nüchtern in ‰
15. X. 1924	M. J.		—	1,05
16. X. 1924	M. T.	20	++++	0,95
16. X. 1924	A. St.	29	—	0,6
17. X. 1924	Wł. K.	30	—	1,1
17. X. 1924	K. W.		—	1,15
18. X. 1924	H. Cz.	29	+	1,1
18. X. 1924	J. Sw.	27		1,05
18. X. 1924	W. Gr.	28	—	0,85
19. X. 1924	A. K.	30	—	0,95
1. VI. 1925	A. K.	31	—	1,1
20. X. 1924	A. R.	24		1,1
30. XI. 1924	A. R.	24	—	0,95
20. X. 1924	M. A.	25	+++	1,0
20. X. 1924	A. M.	35	—	0,9
24. X. 1924	E. B.	40		0,8
24. X. 1924	L. W.	21	—	0,85
25. X. 1924	O. B.	40	+++	1,2
27. X. 1924	M. Gr.	23	—	0,68
27. X. 1924	St. B.	38	—	0,8
27. X. 1924	Br. W.	34	—	0,1
27. X. 1924	T. St.	33	+++	0,75
30. X. 1924	C. M.	28	—	0,8
3. XI. 1924	M. W.	36		1,45
10. X. 1924	M. Gr.		+++	1,2
8. XI. 1924	M. Gr.		—	0,8
14. IV. 1925	A. B.	30	++	0,1
14. IV. 1925	W. H.	28	—	0,7
14. IV. 1925	A. K.	45	++++	1,0
17. IV. 1925	M. Sw.	45	—	1,1
19. VIII. 1925	M. Sw.	45	++	0,82
20. IV. 1925	H. K.	19	—	0,9
3. X. 1925	H. K.	19	—	1,1
24. IV. 1925	H. W.		—	0,6
24. IV. 1925	O. St.		++++	0,7
4. IX. 1925	O. St.		++++	1,05
25. IV. 1925	M. B.			0,8
25. IV. 1925	M. K.		—	0,8
25. IV. 1925	K. O.		—	0,9
22. VI. 1925	Ch. O.		—	1,1
22. VI. 1925	L. M.		+++	0,95
22. VI. 1925	Kw.		—	1,2
7. VII. 1925	M. L.		++++	1,3
15. VIII. 1925	M. P.		—	0.7
15. VII. 1925	F.		++++	1,1
28. X. 1925	H. W.		++++	1.3
21. XII. 1925	H. W.		—	0,68
18. X. 1925	W. J.		++++	1,15
21. X. 1925	O. Sk.			1,0
8. XI. 1925	Z. B.		—	0,85
18. XI. 1925	A. K.		—	0,8
18. XI. 1925	H. L.		—	0,92
18. XI. 1925	J. Pl.		—	1,0
22. II. 1926	S. E.			0,86
10. II. 1926	Sk. M.		++++	0.62
24. II. 1926	Sk. M.		++++	1.0
13. III. 1926	Sk. M.		—	1,2

Digitized by Google

Die größte Zahl der Kranken, bei denen der Blutzuckergehalt untersucht wurde, gehört der Lues latens an. Von den 35 Fällen, die unbehandelt untersucht wurden, war der Blutzuckerspiegel nur in 2 Fällen erhöht; bei einer der Kranken nach der beendigten Kur erniedrigte sich der Blutzuckergehalt von 1,3‰ auf 0,68‰. Hypoglykämie, d. h. Werte unter 0,65‰, war in 3 Fällen nachgewiesen. Bei einer Kranken war der Blutzuckergehalt vor Beginn der Behandlung 0,62‰, nach 2 Neo + 5 Bi 1,0‰, nach der beendigten Kur 1,2‰.

Im Beginn oder während der Behandlung waren 25 Fälle untersucht, darunter wurde in 5 Fällen Hyperglykämie (bis 1,55‰) konstatiert. In einem Falle nach der Behandlung erniedrigte sich der Blutzuckerspiegel von 1,35‰ auf 1,0‰, in einem zweiten von 1,35‰ auf 0,85‰, in einem dritten von 1,45‰ auf 1,06‰. In den 7 Fällen, die nach der beendigten Kur untersucht wurden, war der Blutzuckergehalt normal.

Im allgemeinen war bei 8 Kranken Hyperglykämie unter 67 Fällen festgestellt, d. h. in 11,7% der Fälle. Mittelwert 0,97‰.

Tabelle V. Lues hereditaria

	Name und Vorname	Alter	WR	Blutzuckergehalt nüchtern in ‰	Bemerkungen
1. X. 1924	E. R.	18	++++	0,9	
14. X. 1924	A. E.	23	++++	0,55	
10. VII. 1925	Z. St.	18	++++	0,72	vor der Kur
20. VIII. 1925	Z. St.	18	++++	0,92	nach der beendigten Behandlung
18. IX. 1925	H. K.	20	++++	1,0	
18. IX. 1925	Br. B.		++++	1,03	
7. XII. 1925	M. J.	36	++++	1,05	
25. I. 1926	M. J.	36	++++	0,9	
16. II. 1926	D. E.		++++	1,3	leichte Hyperthyreoidalerscheinungen

In 8 Fällen von Lues hereditaria erwies die Untersuchung bei einer Kranken unternormale Werte (0,55‰), in einem anderen 1,3‰. Mittelwert 0,93‰.

Tabelle VI. Tabes dorsalis

	Name und Vorname	WR im Blut	WR im Liquor	Blutzuckergehalt nüchtern in ‰	Zuckergehalt im Liquor in ‰
6. XI. 1925	Fl. W.	—	++++	0,8	0,55
10. VIII. 1925	Wux.	—		0.8	
	M. St.	—	++++	1.2	0,25
16. XI. 1925	M. Sch.	—		0,92	
18. XI. 1925	Wł. K.	—		0,85	
	R. H.	++++		1,12	
16. IV. 1926	M. M.	—		0.86	Arthropathia tabidorum

Digitized by Google

In 7 Fällen von Tabes dorsalis hatten wir Glykämie 0,8—1,2‰. Mittelwert 0,93‰. In einem Falle von Lues cerebrospinalis 1,15‰.

Die Ergebnisse der Blutzuckerbestimmungen in verschiedenen Stadien der Lues bei 130 Kranken mit der BERTRANDschen Methode nüchtern sind folgende: in keinem Falle wurde Zucker im Urin festgestellt, dagegen Hyperglykämie, d. h. Blutzuckergehalt über 1,2—1,6‰ wurde in 22 Fällen (17%) gefunden, am häufigsten im Verlauf von Lues II und Lues III (32—33%). In 9 Fällen von Lues II und III sowie Lues latens kam nach der beendigten Behandlung eine Erniedrigung des Blutzuckerspiegels zustande. Dagegen wurde bei 7 Kranken Hypoglykämie (0,54—0,62‰) festgestellt. Bei einigen von diesen Fällen erhöhte sich der Blutzuckergehalt nach Beendigung der Kur.

In dieser Beziehung ist eine Analogie mit den Ergebnissen experimenteller Untersuchungen von ACHARD, BINET und COURMAND (17) zu verzeichnen. Die erwähnten Autoren haben bei Hunden, denen nüchtern 0,6 g Neosalvarsan intravenös injiziert wurde, Hyperglykämie festgestellt. Ebenfalls bei gesunden und kranken Individuen mit normaler Glykämie fanden die genannten Autoren nach Neosalvarsaninjektion eine Hyperglykämie leichten Grades, 1 Stunde lang dauernd und 1,5‰ nicht überschreitend. Umgekehrt, bei Individuen mit Hyperglykämie sowie bei Diabetikern erniedrigte sich der Blutzuckerspiegel nach intravenöser Darreichung von 0,4 g Neosalvarsan. Diese Untersuchungen wurden von uns in unseren weiteren Arbeiten der Prüfung unterworfen. Anstatt aber die Blutzuckerwerte nur dreimal innerhalb 1 Stunde zu bestimmen, haben wir fünfmal im Laufe von 2 Stunden dieselben geprüft, d. h. vor und jede halbe Stunde nach der Injektion von 0,45 g Neosalvarsan intravenös. Auf diese Weise konnte man wellenartige glykämische Schwankungen feststellen, welche aus theoretischen Gründen lehrreich sind. Diese Schwankungen nämlich zeugen von einem Erregungszustand des vegetativen Nervensystems, der doch zusammen mit den innersekretorischen Drüsen auf die Blutzuckerregulation Einfluß hat. Intravenöse Darreichung von Neosalvarsan löst einen Chok aus, der bei Luetikern, die das Neosalvarsan vorzüglich vertragen und keine klinischen Symptome der Intoleranz aufweisen, dank den Laboratoriumsuntersuchungen sich unzweifelhaft feststellen läßt. Die Ergebnisse unserer Blutzuckerbestimmungen während des Neosalvarsanchoks sind nur teilweise im Einklang mit denjenigen von ACHARD, BINET und COURMAND.

(Fortsetzung folgt)

Referatenteil

redigiert von Dr. MARIE UNNA, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archiv für Dermatologie und Syphilis

1927, Bd. 153, H. 2

Zur Pathogenese des Lichen spinulosus Crocker-Adamson, von N. S. Nefron und W. A. Pospeloff, Inst. f. Geschlechtskrkh. Moskau. S. 257—261. Bei einem 11jähr. Knaben findet sich ein typischer Ausschlag an den Seitenteilen des Rumpfes, am Nacken, in den Achselhöhlen und an den Streckseiten der Extremitäten. Ursächlich liegt eine Entzündung des Follikelapparates vor, die chronischen Charakter hat (epitheloide, eosinophile und Plasmazellen). Sie führt zur Zerstörung der Haarwurzeln und Talgdrüsen, an deren Stelle nur einzelne Epithelstränge und Zysten restieren. Ihre Ursache ist unbekannt. Der Lichen spinulosus Crocker-Adamson ist keine spezifische Hautkrankheit, sondern eine Hautreaktion, die nach Darier besser als Spinulosismus zu bezeichnen wäre.

Digitized by Google

Experimenteller Beitrag zur unspezifischen leistungssteigernden Therapie, von S. Silberstein und A. Segadlo, Hautkl. Königsberg. S. 262—277. Versuche, die eine Beeinflussung einer beim Kaninchen erzeugten Senföldermatitis durch Deuteroalbumose, Terpichin und Omnadin bezweckten, ergaben, daß die Wirkung dieser Präparate, besonders die des Omnadins, nur unerheblich ist. Andere Tierversuche zur Erzeugung einer Entzündung durch sterile, chemisch imprägnierte oder mit Krankheitskeimen infizierte Fäden, die in die Haut versenkt werden, ließen deutlich erkennen, daß der Ablauf der auf diese Weise gesetzten Hautprozesse durch Injektionen mit Deuteroalbumose und Terpichin nicht wesentlich zu verkürzen war. Dem Tierexperiment entspricht die Beobachtung am Menschen. Denn lokale Behandlung (feuchte Verbände) bewirkt einen viel rascheren Rückgang entzündlicher Vorgänge als die parenterale Reiztherapie.

Pyodermia chronica serpiginosa superficialis ulcerativa, von F. Dammann, Hautkl. Münster, Westf. S. 278—285. Bei einem älteren Pat. besteht seit 8 Jahren eine im wesentlichen zirzinär fortschreitende Hautentzündung, die sich im Anschluß an eine Operation einer Zellgewebseiterung entwickelte. Sie beschränkt sich mehrere Jahre auf die Brust, greift dann einerseits auf die Schulter, andererseits auf Bauch, Kreuzbeingegend und Extremitäten über. Die Primäreffloreszenzen sind Pusteln, die sich ursprünglich in den verhornenden Epidermisschichten entwickeln. Der Follikelapparat bleibt völlig unbeteiligt. Allmählich bei einer exzentrischen Ausbreitung greift der Prozeß auch in die Tiefe. Es kommt zur Beteiligung des Papillarkörpers, zu zelliger Infiltration und Abszedierung. Hierdurch entstehen ekthymaähnliche Veränderungen, die in Narbenbildung enden. Eine gewisse Ähnlichkeit mit Lues liegt vor, und der Pat. wurde längere Zeit deswegen behandelt. Aber sowohl diese als auch Tuberkulose und Mykosen sind auszuschließen einmal mangels spezifischer Reaktionen und außerdem durch den Erfolg der Therapie: Höhensonne und Autovakzine aus den gezüchteten Eiterkokken in Verbindung mit einer indifferenten Salbenbehandlung bringen in kurzer Zeit Heilung. Bemerkenswert ist noch, daß die klinisch zum Ausdruck gelangte Änderung des Reaktionsvermögens der Haut gegenüber den Eiterkokken experimentell nicht nachgewiesen werden kann und ferner, daß tuberkuloide Strukturen, die für das Auftreten solcher Prozesse als charakteristisch angesehen werden, fehlen.

Untersuchungen zur Entstehung des Bäckerekzems, zugleich Beitrag zur Frage der Funktionsprüfung der Haut, von C. Stern, Hautkl. Düsseldorf. S. 286 bis 294. Versuche mit reinem Mehl oder mit den Zusatzmitteln der verschiedenen Mehlsorten ergeben, daß eine Empfindlichkeit der Haut für diese Stoffe entweder überhaupt nicht oder in nur ganz geringem Maße besteht. Anders verhält es sich bei der Verwendung von Teig. Hierbei erhält man Reaktionen in gleicher Weise wie bei anderen ekzemerzeugenden Mitteln. Die Ursache ist die im Teig enthaltene Feuchtigkeit. Sie bedingt eine Mazeration, die dann den zur Herstellung von Backwaren dienenden Stoffen die Möglichkeit zu einer Hautreizung gibt. Mehl kann nicht als Ursache verantwortlich gemacht werden; denn Funktionsprüfungen mit ihm fallen negativ aus, Müller bekommen kein Bäckerekzem und Bäcker nur in einzelnen Betrieben, in denen ekzematogene Stoffe dem Teige zugesetzt werden (Ammoniak). Demnach ist das Bückerekzem kein besonderes Krankheitsbild, sondern eins jener Gewerbeekzeme, bei denen eine Reihe von Schädlichkeiten wirken und sich summieren können.

Abortiv verlaufende Lepraerkrankungen, von P. Bargehr-Pelantoengan, Java. S. 295—299. Als sicheres Zeichen einer geheilten Lepra wird der positive Ausfall der Lepromimpfung, d. h. die Reaktion der Haut auf Kutanimpfung mit steriler Lepromsubstanz angesehen. Sie bedeutet einen allergischen Zustand, der als eine vorhandene Immunität gegenüber der Lepra aufzufassen ist. Sie tritt bei Gesunden nach wiederholter Impfung ein und weiter bei Personen, die mit Kranken in engerer Berührung stehen, ohne zu erkranken. Sie fehlt bei manifester oder latenter Lepra, tritt nur ausnahmsweise und vorübergehend bei akuten makulösen Exanthemen auf (Allergie).

Die Histologie der experimentellen Modenolvergiftung, von O. Heitzmann, Reichsgesundheitsamt, Berlin-Dahlem. S. 300—306. Über die Wirkungsweise des Modenols, eines kombinierten Hg-As-Präparates, wurden an 24 Kaninchen Untersuchungen angestellt, die auch für die Anwendung des Mittels beim Menschen bedeutungsvoll sind. Die mit ihm ausgeführten intramuskulären Injektionen bewirken Infiltrate mit rasch folgender Nekrose. Bei ihrer Resorption kommt es zu einer Lipoidverschleppung in die Blutbahn. Die Feinheit der lipoiden Emulsion schließt zwar eine Emboliegefahr aus, aber bei längerer Dauer der hierdurch bedingten Blutveränderung ist mit dem Eintreten von Stoffwechselstörungen zu rechnen.

Digitized by Google

Pemphigusstudien mittels der Kochsalzquaddel, von R. v. Leszczynski und O. Blatt, Frauenabt. f. Haut- u. Geschlechtskrkh. d. allg. Krankh. Lemberg. S. 307 bis 317. Die Verff. benutzen die Methode von Aldriche und Mcclure zur Bestimmung der Quaddelresorptionszeit, die für die Intrakutaninjektion einer 4%igen Kochsalzlösung beim Normalen 60—70 Min. beträgt. Bei Pemphiguskranken folgt der Verlauf der Reaktion ziemlich genau dem Krankheitsbilde. Einer Verschlimmerung entsprechen verminderte Resorptionszeiten, mit der Besserung kehren sie zur Norm zurück, bei starkem Kräfteverfall (Konsumption, Eiweißabbau) erlangen sie auch übernormale Werte. Mit anderen Vorgängen, z. B. der NaCl-Ausscheidung im Urin und der Eosinophilie, besteht meist Übereinstimmung, seltener Divergenz.

Das Köbnersche Symptom (Der isomorphe Reizeffekt), von K. Fischer. Deutsche Hautkl. Prag. S. 318—325. Das zuerst von Köbner bei Psoriatikern beschriebene Verhalten der Haut an anscheinend gesunden Stellen, die von einem Reiz getroffen werden, Effloreszenzen einer bestehenden Hautkrankheit zu entwickeln, wird nach Kreibich als isomorpher Reizeffekt bezeichnet. Von den geprüften Fällen (70) hatten 30% ein positives Ergebnis, ebensoviele verliefen negativ, in 20% war der Effekt durch die Ausbreitung der Affektion oder auch durch die Therapie verwischt und schließlich entzog sich ein gleicher Teil der Kontrolle. Die meisten positiven Ergebnisse treten während der Aszendenz der Erkrankung (im Schub) auf, die negativen, wenn die Dermatose ihren Höhepunkt überschritten oder nur eine geringe Ausbreitung hatte. Grad und Art der Reizung ist bei den verschiedenen Hautkrankheiten verschieden. Beim Ekzem genügt ein leichtes Reiben, beim Pemphigus ein gelinder Druck, um das Phänomen auszulösen. Erythema nodosum geht nur auf intrakutane Quaddel an, Erythema multiforme nur auf Exkoriationen. Der Lupus vulgaris, chronische Ekzeme, Neurodermien, Primeldermatitis und Sommerprurigo nur auf den adäquaten Reiz. Die Zeitdauer zwischen Reiz und Effekt schwankt zwischen wenigen Stunden (Pemphigus) bis Tagen oder Wochen (Lichen ruber).

Über drei weitere Fälle der Bowenschen Krankheit, von A. P. Godinho. Hautkl. Bern. S. 326—334. Beim 1. Pat. handelt es sich um 4 Herde (links an Brust und Unterarm, rechts an Unterschenkel und Handrücken), im 2. Falle um einen solchen an der medialen Seite des linken Fusses und im 3. war der Sitz an Präputium und Glans. Am Präputium fehlt die sonst bestehende Hyperkeratose: die Veränderung ist hier nässend und erinnert stark an einen Paget. Bei diesem Kranken wurde ein voller Erfolg mit Röntgen erzielt, 15mal durch 3 mm Aluminium.

Über Beziehungen der Tuberkulose und Syphilis zur Acne conglobata, von M. Oppenheim und J. Klaar, Hautabt. Wilhelminensp. Wien. S. 335—349. Bei Personen, die ursprünglich an einer Acne conglobata leiden, wird die Entwicklung von gelblichen und lividen, zumeist an den Rand von Acne-conglobata-Narben gebundenen ulzerierenden und serpiginös fortschreitenden, oft wulstförmigen Infiltraten beobachtet. Es handelt sich aber nicht um jene in letzter Zeit mehrfach beschriebene Form von serpiginöser Pyodermie; denn eine starke Reaktion auf Tuberkulin und die Kombination mit echten Tuberkuliden spricht für eine Hauttuberkulose. In ihrer äußeren Form hat sie auch eine gewisse Ähnlichkeit mit papulonekrotischen Tuberkuliden, aber sie unterscheidet sich von ihnen durch die exzentrische Ausbreitung und die Abheilung mit zarter glatter Narbe. Wie bei allen Hauttuberkulosen fehlt auch hier ein positiver Lungenbefund oder ist nur in benigner Form vorhanden. Die Beobachtung, daß Acne-conglobata-Narben die Lokalisation von Prozessen anderer Ätiologie begünstigen, läßt sich noch insoweit verallgemeinern, als ein Fall beschrieben werden konnte, bei dem in Narben dieser Herkunft Syphilome entstanden.

Weitere Untersuchungen über die Parasitologie des Pemphigus vulgaris, von B. Lipschütz, Hautabt. Krankh. Wieden Wien. S. 350—367. Die bereits in einer früheren Arbeit besprochenen Elemente, in welchen der Verf. die Parasiten des Pemphigus vulgaris erblickt, werden bei weiteren Fällen von ihm gefunden, zunächst wiederum in Ausstrichen von Bläscheninhalt. Es sind 2 Formen: einmal das Cystoplasma oriforme, d. h. rundliche oder eiförmig gestaltete Körperchen, die nach Giemsafärbung einen dunkelroten Kern und eine plasmaartige, sich schwach bläuende Hülle besitzen; gewöhnlich besteht ein Hauptkern, der einem kleineren punktförmigen Nebenkern polartig gegenüberliegt; zweitens das Anaplasma, teils kleine, teils sehr lange bazillenartige Elemente, manchmal mit zilienartigen Fortsätzen, die sich ebenfalls dunkelrot färben im Gegensatz zu den dunkelblauen gewöhnlichen Spaltpilzen. Die Untersuchung

Digitized by Google

erstreckt sich des weiteren auf Schnitte, die durch bläschenbesetzte Haut gelegt sind. Abbildungen zeigen die Zystoplasmen im ödematösen Gewebe der Papillenspitzen.

Ein besonders exzessiver Fall von Hydroa vacciniforme, von F. Schmidt-La Baume, Hautkl. Frankfurt a. M. S. 368—374. Die Krankheit, im 2. Lebensjahre beginnend, führt bei der jetzt 40jähr. Patientin zu Zerstörungen und Narbenbildungen im Gesicht und an den Händen wie bei einem schweren Lupus. Bemerkenswert ist schwankende Porphyrinausscheidung im Urin und eine deutliche Milzschwellung. Die Prüfung des Lichteinflusses ergibt keine Überempfindlichkeit gegen Kohlenbogenlicht, leichte gegen α-, keine auf β- und γ-Strahlen, ebenso Blauviolett. Starke Überempfindlichkeit gegen alle Strahlen unter 290 μμ, mit Neigung zu Frühpigmentation und mit deutlich verlangsamtem Pigmentschwund, eine ausgesprochene Röntgenüberempfindlichkeit mit Früherythem und Neigung zu konsekutiver Pigmentierung. Heredität nachgewiesen.

Die hämoklasische Krise bei Überempfindlichkeitserkrankungen der Haut, von E. Lehner, E. Rajka und A. Török, Hautabt. d. Graf A. Apponyi-Polikl. Budapest. S. 375—386. Die Widalsche hämoklasische Krise wurde in mehreren Fällen von Erythem, Urtikaria, Dermatitis und Prurigo positiv gefunden, speziell in hämatogen entstandenen Fällen. Zur Hervorrufung der Erscheinungen erwies sich die Anwendung der auslösenden Substanzen (Milch, Wurst) per os am geeignetsten. In Fällen, in welchen diese Substanzen intravenös oder subkutan gegeben wurden, war die Krise meist nicht ausgesprochen. Neben den Widalschen Werten, Blutdruck, Refraktion des Serums, Leukozytenzahl und Gerinnungszeit wurden noch berücksichtigt Pulszahl, Temperatur, Komplementgehalt, Blutzucker-, Blutkalkspiegel, Senkungsgeschwindigkeit, Kolloidlabilität und Atemzahl. Zur Bestimmung der Krise ist die Prüfung mehrerer Faktoren notwendig, da die Abweichungen vom Normalen nicht bei allen gleichermaßen eintreten. Sowohl die Erhöhung als die Erniedrigung der Werte gilt als positiver Ausschlag. Die Widalsche Auffassung, nach welcher die humoralen Erscheinungen die primären, die zellulären die sekundären sind, wird für unwahrscheinlich gehalten. Sowohl allgemeine als Herderscheinungen entstehen vielmehr aus gleicher Ursache und sind einander koordiniert.

Über die Sachs-Georgi-Reaktion mit abgestuften Serummengen, von P. W. Schmidt, Hautkl. Freiburg. S. 387—398. Die quantative Stufung der SGR unterhalb der Normalkonzentration bis 0,01 und oberhalb bis 0,8 ccm vermag Resultate zu liefern, die mit der Originalmethode nicht zu erreichen sind. Zur praktischen Durchführung genügen 3 Abstufungen der Serummengen, nämlich 0.05, 0,2 und 0,5 ccm Serum. Die Ausführung der Reaktion genügt indessen nur zur Bestimmung des Serumbefundes, denn die WR kann durch sie nicht ersetzt werden. Es sind deshalb nebeneinander mindestens Komplementbindungs- und Flockungsreaktion auszuführen.

Vergleichende pathologische Anatomie der experimentellen Rattenbißkrankheit und der Infektion mit Mäusespirillen, von O. Heitzmann, Bakt. Abt. d. R.-Ges.-A. Berlin-Dahlem. S. 399—406. Die Untersuchung bezweckte die Feststellung, ob Ähnlichkeiten, die morphologisch, serologisch und klinisch bereits nachgewiesen sind, auch histologisch zum Ausdruck kommen. Sie erstreckte sich auf eine Anzahl von Meerschweinchen, die teils mit der einen teils mit der anderen Spirillensorte geimpft waren. Das Ergebnis war eine vollkommene Übereinstimmung der histologischen Veränderungen, so daß auch hierdurch die morphologische Identität zwischen Rattenbiß- und Mäusespirille bestätigt wird. Zum Schluß weist der Verf. darauf hin, daß auch zwischen Rattenbißspirillose und der Spirochätose des Gelbfiebers und der Weilschen Krankheit bezüglich der pathologischen Anatomie eine völlige Übereinstimmung besteht, die aber nicht als ein Beweis für die morphologische Identität der Erreger anzusehen ist, sondern zeigt, daß zwei morphologisch verschiedene Keime imstande sind, die gleichen geweblichen Veränderungen hervorzurufen.

Melano-neurinoma cutis, von J. Merenlender, Path. Inst. Warschau. S. 407 bis 417. Bei einem 50jähr. sonst gesunden Manne erscheinen seit 12 Jahren Tumoren an verschiedenen Stellen der Haut. Nach teilweiser Radiumbestrahlung Verschlimmerung des Leidens, das unter den Erscheinungen eines Lungentumors den Exitus herbeiführte. Histologisch zeigten die Tumoren alveolären Bau, bestanden aus Spindelzellen in zwiebelschalenartiger konzentrischer Lagerung und enthielten rundliche bzw. polygonale epitheloide Zellen. Präparate nach Masson gefärbt zeigten, daß in gewissen Metastasen die Zellen feine Pigmentkörnchen (Melanin) enthielten.

Digitized by Google

Zur Ätiologie des Morbus Darier, von G. Stümpke und E. Feuerhake, Derm. Stadtkrkhs. II Hannover und inn. Abt. d. Clementinenh. S. 418—433. Der beobachtete Fall betrifft eine 43jähr. Patientin mit familiärer Belastung, Entwicklung des Leidens im 2. Lebensjahre, späterer allgemeiner Verbreitung über den ganzen Körper, die bis zum Tode bleibt. Das typische Krankheitsbild des Morbus Darier ist kompliziert durch eine Osteopsathyrose, die sich durch eine Brüchigkeit der sonst festen Knochen bei vollständiger Schmerzlosigkeit auszeichnet, im Gegensatz zu einer Rachitis durch das Fehlen der Epiphysenverdickungen und desgleichen zu einer Osteomalazie, bei der eine abnorme Weichheit der Knochen, Schmerzhaftigkeit und Hyperfunktion der Ovarien besteht. Umgekehrt ist aber die Osteopsathyrosis durch eine Hypofunktion der Ovarien gekennzeichnet (Amenorrhoe seit dem 30. Lebensjahre). Hierzu kommen noch verschiedene Funktionsstörungen der endokrinen Drüsen: Trophische Störungen an den Nägeln, hypoplastische Veränderungen an den Zähnen, Trübungen der brechenden Medien am Augapfel, verdickte, trockene Haut besonders im Gesicht, und rauhe tiefe und heisere Stimme. Eine Erklärung der in diesem Falle beobachteten Krankheitsbilder ist vielleicht in einer Keimschädigung sowohl des Ektoderms wie des Mesoderms zu suchen. Beiden Prozessen liegen möglicherweise endokrine Störungen zugrunde. Neben der Unterfunktion wichtiger endokriner Organe kommt vielleicht auch die Unterernährung während des Krieges in Betracht.

Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis, von R. Wagner und F. Breinl. Hyg. Inst. u. Hautkl. d. deutschen Univ. Prag. S. 434—447. Die Verff. versuchten die experimentelle Syphilis des Kaninchens durch die Infektion derselben mit dem Virus des Rocky Mountain Fever zu beeinflussen und die Wirkung dieses der Malariaimpfung beim Menschen entsprechenden Verfahrens festzustellen. In einem Falle war eine sichere Heilung nachweisbar, bei 4 Kaninchen wahrscheinlich, einmal heilte der Primäraffekt, aber ohne Sterilisierung, häufig verschwanden die Syphilome, in einigen latenten Fällen ergab sich eine Nichtsterilisierbarkeit, kein Einfluß auf die Syphilome zeigte sich bei 2 Tieren und in einem Falle kam es zu einer Provokation.

Zur Klinik der Gonorrhoe bei kleinen Mädchen, von A. Arijewitsch, Oktoberhospital Moskau. S. 448—463. Die Blennorrhoea infantum fem. ist schwer, hartnäckig, langdauernd und wird am häufigsten im Alter von 5—9 Monaten beobachtet. Sie verbreitet sich nicht bloß auf die sichtbaren Teile des Scheideneingangs, besonders Urethra und Bartholinische Drüsen sowie das Rektum, sondern auch auf Kollum, Corpus uteri und die Adnexe. Hartnäckig ist ihr Sitz in der Zervix und von hier aus entstehen in den meisten Fällen ihre Rezidive. Infolgedessen ist die mikroskopische Untersuchung des Zervixsekretes wichtig. Hierbei findet die Endoskopie mit Vorteil Verwendung, in gleicher Weise wie für die Untersuchung des Rektums. Zur Feststellung der Genesung kommen die Provokationsmethoden wie beim Erwachsenen in Betracht. Heilung kann nur unter größter Vorsicht nach sehr langer Behandlungsdauer angenommen werden. In manchen Fällen bleibt die Krankheit ungeheilt; chronische Entzündungen von seiten der Genitalwege führen zu Sterilität, Amennorrhoe und dergleichen. Therapeutisch handelt es sich um Lokalbehandlung in Verbindung mit Vakzinierung. Die Behandlung erfordert eine Zeit von mindestens 3—4 Monaten.

Zur Malariabehandlung der Syphilis, von L. Arzt und H. Fuhs, Hautkl. Wien. S. 464—475. Der Behandlung wurden alle liquorpositiven Fälle unterworfen. Nach einer vorbereitenden Neosalvarsankur intravenöse Injektion von 3—5 ccm plasmodienhaltigen Spenderblutes. In den meisten Fällen erfolgreich, 9—12 Anfälle, nur in wenigen nicht ausreichend oder gänzlich versagend. Hiergegen entweder Wiederholung der Impfung oder zweimal täglich Typhusvakzine. In der Hälfte der Fälle erlosch die Impfmalaria von selbst. Nach dem letzten Anfall nochmals Neosalvarsan (5—6 g pro Kur). Die Kur wurde gut vertragen (1 Todesfall auf 130 Fälle). Das sichtbare Resultat der Methode ist die Sanierung des Liquors; je frühzeitiger die Behandlung beginnt, um so günstiger der Erfolg. Ob hierdurch sich schwere luogene Nervenerkrankungen werden verhüten lassen, ist noch nicht entscheidbar.

Beitrag zur Genese der Allergie bei Impfmykosen. Der Übertritt von Sporen aus dem kutanen Impfherd ins Blut mit Entwicklung von hämatogenen Hautmetastasen, von W. Jadassohn, Hautkl. Zürich. S. 476—481. Die Beobachtung von Martenstein, daß ein spezifischer, die Trichophytie-Allergie entwickelnder Körper an der Impfstelle nach 6, im Blutserum nach 7 und in der nicht affizierten Epidermis nach 8 Tagen zu finden ist, hat sich bis jetzt noch nicht befriedigend erklären lassen. Bei mit Ach. Qu. geimpften Meerschweinchen, und zwar bei erst- und bei reinfizierten

Digitized by Google

wurden die Pilze schon 1—2½ St. p. inf. kulturell im Blute nachgewiesen, ebenso die Entwicklung von Hautmetastasen an artefiziell gereizten Stellen. Die bisherige Annahme, daß der spezifische Körper an der Impfstelle gebildet und von dort resorbiert sich im Körper verbreitet oder auf dem Nervenwege übertragen wird, läßt sich nur aufrechterhalten, wenn der Nachweis erbracht wird, daß keine Keime ins Blut gelangen.

Die Wirkung des „Modenols" bei experimenteller Kaninchensyphilis, von W. Worms, Bakt. Abt. u. Serol. Lab. d. R.-Ges.-A. Berlin-Dahlem. S. 482—486. Es ergab sich, daß das Modenol (As-Hg) ein für Kaninchen im Verhältnis zu anderen Hg-Präparaten gut verträgliches Mittel darstellt, dem eine milde antiluetische Wirkung zukommt. Das Tierexperiment bestätigt hiermit die mit Modenol bei der viszeralen Lues des Menschen gemachten Erfahrungen.

Die Salvarsanbehandlung des Rückfallfiebers bei Ratten, von M. Lebedjewa und M. Ssinjuschina, Mikrobiol. Inst. d. Kommiss. f. Volksbildg. R.S.F.S.R. u. Bakt. Inst. d. II. Univ. Moskau. S. 467—491. Mit Salvarsan läßt sich keine ausnahmslose Sterilisation aller mit Rückfallfieber infizierten Ratten erreichen. Denn die Widerstandsfähigkeit gegen das Mittel ist bei den einzelnen Rekurrensstämmen verschieden.

Über den Einfluß der Arsenobenzolpräparate auf die fibrinogenbildende Funktion der Leber, von E. M. Lewin, Kl. Inst. f. Ärzteausbildg. Kiew. S. 492—497. Bei 15 Luetikern wurde nach Arsenobenzolinjektionen eine herabgesetzte Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörper festgestellt. Das Blut wurde 2½—3½ St. p. i. entnommen. Die Ursache dieser Erscheinung dürfte entweder auf einer Verminderung der Fibrinogenmenge durch das Salvarsan oder auf einer Unterdrückung der fibrinogenliefernden Lebertätigkeit beruhen.

Zur Histologie der Kapillaraneurysmen in der menschlichen Haut, von G. Lutz, Hautkl. Heidelberg. S. 498—505. Bettmann hat 2 Typen der aneurysmatischen Erweiterungen an den oberflächlichen Hautgefäßen unterschieden: 1. Scheitelsäckchen und 2. Ausbuchtungen im subpapillaren Gefäßnetze. Die Scheitelsäckchen haben sich als stabile Veränderungen erwiesen. Es fanden sich alle Übergänge von Erweiterungen der Scheitelstücke über stärkere Ausbuchtungen nach der Epidermis zu und einem nach dem Lumen zu vorspringenden Sporn bis zu ausgesprochenen Kugelaneurysmen. Dagegen hatten die Untersuchungen für die Ektasien im oberflächlichen Gefäßnetze nur ein negatives Ergebnis.

Über Dermatoskopie des Höhensonnenerythems, von M. Popper, Lupusheilstätte Wien. S. 506—517. Bei Bestrahlung einer Hautpartie mit progressiv steigenden Dosen, 8—10 mit Intervallen von 2—5 Tagen, konnten im dermatoskopischen Bilde drei charakteristische Entwicklungsphasen unterschieden werden: 1. Ein Stadium des Erythems mit Erweiterung der oberflächlichen und tiefen Gefäßnetze der Kutis, wobei mikroskopisch beginnende perivaskuläre Infiltratbildung und wenig oder kein Pigment bemerkbar war. 2. Ein Stadium der Pigmentbildung mit wenig erweiterten Gefäßen, starker Infiltratbildung um dieselben, maximaler scheibenförmiger Dilatation der Papillarkapillaren und reichlichem Basalzellenpigment besonders in den Epidermiszapfen. 3. Ein Stadium der vollendeten Pigmentierung mit nicht erweiterten Kutisgefäßen, perivasalen Infiltraten, z. T. dilatierten, z. T. normalen Papillarkapillaren, vermindertem Basalzellenpigment und reichlichem Kutispigment. Bei noch unbestrahlter Haut zeitigt die Lichtwirkung eine Erweiterung der Kutisgefäße, welcher die epitheliale Pigmentbildung folgt, bei schon bestrahlter Haut dagegen erweitern sich die Papillarkapillaren. Im allgemeinen nimmt mit der Zahl der Bestrahlungen auch die Pigmentierung zu, aber im Endstadium neuerlicher Reize kann auch eine Verminderung des Pigments eintreten und andererseits reagieren die Kapillaren nur noch teilweise mit Dilatation.

Die akute Leberatrophie und ihre Beziehung zu Syphilis und Salvarsan nach den in der Marine von 1920—1925 beobachteten Fällen, von H. Ruge, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh. Hamburg. S. 518—530. Es handelte sich um Erkrankungen, die kurz im Anschluß an eine Salvarsankur auftraten. In einem Falle hatte sich zunächst Salvarsandermatitis entwickelt, der eine tödliche Lebererkrankung folgte. In diesem wie in einem anderen Falle schien eine Infektion mitgespielt zu haben (Milzschwellung). Die allgemeine Bedeutung derselben kann kaum ausschließlich sein. Dazu ist die Häufigkeit des Salvarsanikterus zu groß und durch andere Möglichkeiten nicht zu erklären. Das Stadium der Lues, I oder II, hatte für das Vorkommen der Leberatrophie keine Bedeutung. Untersuchungen auf das Vorhandensein etwaiger pathogener Keime blieben ergebnislos. In Galle, Blut oder Stuhl war nichts Derartiges zu finden. Auch Tierversuche führten nicht zum Ziel. Agglutinationen ergaben meist einen er-

Digitized by Google

höhten Vidal auf Paratyphus. Demzufolge läßt sich die Vermutung aussprechen, daß möglicherweise Bakterien der Typhus-Koli-Gruppe eine ursächliche Bedeutung haben.

Die elektive Lokalisation der Rekurrensspirochäten im Nervengewebe, von M. Lebedjewa, Mikrob. Inst. d. Kommissariats f. Volksbildg. Moskau. S. 531—535. Zu den Versuchen wird benutzt Sp. Duttoni Brazaville. Sie ist nur zeitweilig ein Blutparasit, bevorzugt als Sitz das Zentralnervensystem. Eine vergleichende Untersuchung des Gehirns und andererseits der Milz, Leber und Niere auf ihren Gehalt an Spirochäten ergibt nach Beendigung der somatischen Infektion einen ausgesprochen elektiven Tropismus zum Nervengewebe.

Bemerkung zu der Arbeit von A. Brauer: Über Keratoma dissipatum naeviforme palmare et plantare und Keratoma hereditarium palmare et plantare (Archiv für Dermatologie und Syphilis, Bd. 152, H. 2, S. 404ff.), von A. Buschke. S. 536. Der Verf. gibt verschiedene Gründe an, die ihn veranlassen, die von ihm früher beschriebene Affektion von dem Brauerschen Krankheitsbilde zu trennen.

Schlußwort zu den vorstehenden Ausführungen über das Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare, von Prof. Buschke, von A. Brauer-Danzig. S. 537—538. Brauer hält die von Buschke angeführten Gründe einer Trennung nicht für stichhaltig. Er kann daher die Annahme Buschkes, daß es außer der hereditären und naeviformen Art noch eine dritte geben soll, nicht als bewiesen ansehen. Dazu kommt außerdem, daß die Effloreszenzen verschiedener Dermatosen, wenn sie sich an Vola und Planta lokalisieren, mehr oder weniger ihre morphologischen Eigenheiten einbüßen und dafür Veränderungen erleiden, die ihnen eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Keratoma dissipatum verleihen. H. Vörner-Leipzig.

Bücherbesprechungen

Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von W. Frieboes-Rostock. (Liefg. 3 u. 4. Preis jeder Lieferung RM. 10,—. Verlag F. C. W. Vogel, Leipzig 1927.) An die Besprechung des Sklerödems und der Hautatrophie schließt sich die der urtikariellen und exsudativen Hauterkrankungen, des Erythema nodosum und der Purpura an. Die verschiedenen Formen keratotischer Prozesse nehmen einen großen Teil der 3. Lieferung ein. Akanthosis nigricans, Porokeratosis Mibelli und Angiokeratom werden eingehend gewürdigt. Seborrhoisches Ekzem und Acne vulgaris bilden den Übergang zu der nächsten (4.) Lieferung, die dann in der Hauptsache den Erkrankungen der Schweißdrüsen und den Haarkrankheiten gewidmet ist, an die sich die Nagelerkrankungen anschließen. Die blasenartigen Erkrankungen (Herpes, Pemphigus und Dermatitis herpetiformis) bilden den Schluß der Lieferung. Auch in diesen beiden Lieferungen muß neben der kurzen und klaren Darstellung, die hauptsächlich auf alles Praktische bedacht ist, in erster Linie der Wert des Werkes als Atlas berücksichtigt werden. Ausgezeichnete Photogramme wechseln ab mit Moulagendarstellungen von seltener Lebendigkeit und guten Buntphotographien, die z. T. dem Riehl-Zumbuschschen Atlas entstammen. Die Reichhaltigkeit und ausgesuchte Güte der Bilder stellen den Atlas in die Reihe der ersten Werke unseres Spezialfaches und werden ihm sicher mit jeder neuen Lieferung mehr Freunde erwerben. E. Langer-Berlin.

Arzt und Eherecht, von J. Heller-Berlin. (Preis RM. 5,—. Verlag A. Marcus und E. Weber, Berlin.) Bei Besprechung des Marcuseschen „Ehebuches" wurde darauf hingewiesen, daß der für dieses Werk bestimmte Beitrag J. Hellers über die ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen der Ehe seines Umfanges wegen als selbständige Monographie erscheinen mußte. Heute liegt Hellers Band abgeschlossen vor und läßt erkennen, wie unumgänglich nötig es war, dieses in zwei Wissenschaften hineinragende Thema in abgerundeter Sonderdarstellung zusammenzufassen. Kein Autor wäre hierzu berufener gewesen als Heller, der sich seit 27 Jahren mit diesem Grenzgebiet zwischen Rechtswissenschaft und Medizin eingehend beschäftigt hat — einem Gebiet, auf dessen Probleme der Facharzt für Geschlechtskranke wohl täglich stößt. Heller verzichtet darauf, die Rechtsbeziehungen der Ehe etwa einseitig vom ärztlichen Standpunkte aus zu schildern, ebenso wie darauf, dem Leser durch Aufzählung von Gesetzesparagraphen nur die Grundlagen der deutschen Rechtsauffassung zu vermitteln. Vielmehr hat er sich

Digitized by Google

der Mühe unterzogen, alle auf die ärztlich wichtigen Rechtsbeziehungen der Ehe bezüglichen Ergebnisse der heutigen Rechtsprechung — wo erforderlich auch der ausländischen — eingehend und an der Hand der vorliegenden Entscheidungen höchster Instanz darzustellen. 282 Entscheidungen wurden in die Schilderung eingeflochten, wo notwendig kritisch vom Standpunkt des Arztes beleuchtet und auf sich ergebende Lücken der Rechtsprechung hingewiesen; auch das neue Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten findet bereits an geeigneter Stelle Berücksichtigung. Daß die Lösung dieser Aufgabe nur einem Autor möglich war, der vermöge einer seltenen Kenntnis aller in Frage kommenden Tatbestände und Rechtslagen den Gegenstand ganz zu durchdringen vermag, erhellt ohne weiteres. So ist das Werk nicht nur für Ärzte und Juristen ein aufschlußreiches Nachschlagewerk, sondern auch für den gebildeten Laien der Vermittler wichtiger Kenntnisse aus dem Grenzgebiet zwischen Eherecht und Ehemedizin geworden und somit geeignet, auch der Vorbeugung von Eheschädigungen zu dienen. Referent möchte das Hellersche Buch als unentbehrlich für den Venerologen und Sexualforscher bezeichnen; die Klarheit und Gedrängtheit des Ausdruckes, ebenso wie die Schärfe der gedanklichen Entwicklung und die Übersichtlichkeit der Stoffeintellung gestalten die Lektüre auch dort fesselnd, wo leicht durch Trockenheit oder Weitschweifigkeit der Darstellung dem Nichtarzt und Nichtjuristen das Verständnis hätte erschwert werden können. Ausstattung und Drucksatz erhöhen den Wert dieses Buches, das wie wenige geeignet ist, eine Lücke in der Handbibliothek des Arztes auszufüllen, zumal auch der Preis als wohlfeil zu bezeichnen ist. F. Callomon-Dessau.

Die Hyphenpilze oder Eumyzeten, von H. C. Plaut-Hamburg, in der zweiten Auflage neu bearbeitet von O. Grütz-Kiel. (Handbuch der pathogenen Mikroorganismen, herausgegeben von Kolle, Kraus, Uhlenhuth, Lieferung 7, Bd. 5, S. 133—320. Verlag G. Fischer und Urban & Schwarzenberg, Jena, Berlin und Wien 1927.) Eine Bearbeitung der Hyphenpilze im Rahmen eines Handbuches ist zweifellos eine undankbare Sache, vor allem, wenn es sich um die Darstellung der rein botanischen Eigenschaften handelt und die Klinik in den Hintergrund tritt. Plaut hatte in der ersten Auflage diese Aufgabe bereits glänzend gelöst, wobei er unter Berücksichtigung der damals schon großen Literatur nach allgemeinen botanischen Vorbemerkungen zunächst die Mukorazeen, die Aspergillazeen und Penizillien, dann die Soorpilzgruppe und endlich die eigentlichen Hautpilze behandelte. Inzwischen ist die Literatur über jedes dieser Gebiete aufs Vielfache angeschwollen, dazu sind neue Arten beschrieben worden und neue Fragestellungen aufgetaucht — man denke nur z. B. an die Fertigkeit japanischer Autoren in der Aufstellung neuer Arten oder an die Entwicklung der Immunbiologie der Dermatomykosen! —, die das Gesamtgebiet für den einzelnen fast unübersehbar machen. Grütz hat die Stoffeinteilung der ersten Auflage beibehalten. Die einzelnen Abschnitte sind auf den heutigen Stand unseres Wissens gebracht worden; dabei hat Verf. neben seinen eigenen großen Erfahrungen die vorliegende Literatur fast vollständig verwertet; das beigefügte Literaturverzeichnis wird jedem, der sich mit Dermatomykologie befaßt, sehr willkommen sein. Naturgemäß sind neue Arbeiten auch mit referiert, wobei aber eine kluge Auswahl getroffen ist unter der Fülle des vorliegenden Materials und solche Spezies, die wahrscheinlich nur als geringgradige kulturelle Variationen bereits bekannter aufzufassen sind, nicht erwähnt werden (Tr. interdigitale und purpureum Variationen usw.). Leider hat sich der Verlag scheinbar nicht dazu bereitfinden lassen, der schönen Arbeit exaktes Abbildungsmaterial beizufügen; ein Teil der alten, nicht mehr ganz genügenden Abbildungen im Text und auf Tafeln findet sich noch in dieser Auflage; die neu hinzugekommenen bildlichen Darstellungen sind in ihren Reproduktion so unvollkommen, daß sie wohl kaum ihren Zweck erfüllen. In dieser Hinsicht ist Sabourauds Meisterwerk immer noch unerreicht. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Immunity in Syphilis, von A. Chesney. (Preis RM. 2,50. Verlag Williams & Wilkins Comp., Baltimore 1927.) In dieser Monographie faßt der Verf. die wichtigsten Tatsachen experimenteller und klinischer Art über die Immunität bei Syphilis — oder wie er selbst vielfach sagt, der Infektionsresistenz zusammen. Auch die Frage der Antikörper bei Tier und Mensch — eine bisher wohl noch ungelöste Frage, wird gestreift. Zur Orientierung über das schwierige Problem ist die Arbeit sehr zu empfehlen, wenngleich sie durch die fortschreitende Forschung auf diesem Gebiete an manchen Punkten schon überholt ist. Zum Schluß äußert sich Ch. ganz mit Recht recht resigniert und zurückhaltend über unser Verständnis des Mechanismus aller sogenannter Immunvorgänge bei Lues. Der Ausbalancierung zwischen Parasit und Organismus vindiziert er — wie Ref. — eine große Bedeutung. A. Buschke-Berlin.

Digitized by Google

Modern Clinical Syphilology (Moderne klinische Syphilislehre), von H. Stokes-Philadelphia, in Verbindung mit P. A. O'Leary, Derm. Abt. der Mayo-Klinik Rochester. W. H. Goeckermann-Rochester, L. W. Shaffer und C. J. White-Philadelphia. (Preis 12 Dollars. Verlag W. B. Saunders Company, Philadelphia and London 1927.) Dieses Werk von Stokes, dem Dermatologen der Universität Philadelphia und wohl bekanntesten amerikanischen Syphilidologen, in Verbindung mit seinen Assistenten und Schülern, stellt das Standardwerk über Lues für Amerika dar. Sämtliche Fragen sind mit einer außerordentlichen Gründlichkeit behandelt. Die Anordnung des Gesamtwerkes ist rein auf die Praxis eingestellt. Inmitten des Textes finden sich, durch besonderen Druck deutlich hervorgehoben, tabellarische Darstellungen der vorliegenden Ergebnisse. Beantwortung diagnostischer Fragen, Ratschläge zur genauen Untersuchung bestimmter Fälle und Schilderungen einschlägiger Krankheitsbilder, so daß man sich in Zweifelsfällen an Hand dieser Tabellen im Augenblick über alles orientieren kann. Und das ist gerade der große Vorzug des Stokesschen Werkes: daß es nämlich auf alle einschlägigen Fragen in klarster Weise Antwort gibt, vor allen Dingen in diagnostischen Fragen. Denn bei Stokes stehen immer die klinischen Erscheinungen, der Patient selbst im Vordergrund; der laboratoriumsmäßige Behelf folgt erst in der allerdings ihm gebührenden Würdigung in zweiter Linie. 865 Illustrationen und Textfiguren erläutern den Text wirkungsvoll; der größte Teil dieser bildlichen Darstellung entfällt auf die Diagnose und Differentialdiagnose der Lues und besteht ausschließlich aus Photographien, die z. T. ganz hervorragend sind. Das Werk kann zur Anschaffung dringend empfohlen werden. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

Veränderungen der Lymphe beim Hunde nach Quarzlichtbestrahlungen, von W. F. Petersen und W. F. v. Öttingen-Chicago. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1927. Bd. 123, H. 3/4, S. 160.) Verff. versuchten, durch sehr geringe Hautreize, wie sie die Quarzlichtbestrahlungen darstellen (bei einem durchschnittlichen Abstand der Lampe von der Haut von 35 cm), die Einwirkung derartig reiner Hautreize auf Lymphmenge, Lymphprotein, Lymphzucker, Lymphkalzium und Leukozyten festzustellen (Ableitung der Lymphe aus dem Ductus thoracicus). Dabei zeigte sich, daß schon sehr kurze Bestrahlungszeiten (5 Minuten) genügen, um energische chemische Änderungen in der Haut hervorzurufen, daß ferner bereits bestehende Veränderungen der Haut den Ausfall der Reaktion beeinflussen, indem sie wahrscheinlich eine entsprechende Umstellung im Splanchnikusgebiet hervorrufen, wie schon die Anfangswerte des Versuches wahrscheinlich machen. Die Ergebnisse der Versuche lassen sich dahin zusammenfassen, daß durch Einwirkung von ultraviolettem Licht wellenförmige Perioden von zu- und abnehmendem Tonus im autonomen Gleichgewicht des Organismus auftreten, die in ihren Amplituden zunehmen. Ähnlich der Wirkung des Augendrucks sind diese Wellen so miteinander ausgeglichen, daß dem peripher sympathischen Tonus ein parasympathisches Übergewicht im Splanchnikusgebiet synchron ist und umgekehrt. Es ist kaum zweifelhaft, daß die therapeutische Wirkung der ultravioletten Bestrahlung in den Tagen nach der Behandlung in dem parasympathischen Übergewicht des Splanchnikusgebiets besteht. Dieses ist feststellbar am herabgesetzten Blutzucker, verminderten Blutdruck und gesteigerter Durchblutung. Die relativ kurzfristigen Versuche geben natürlich keinen Einblick, in welcher Weise sich endgültig das Übergewicht einstellt. R. Hölscher-Hamburg.

The Bactericidal Action of Light on Tubercle Bacilli (Die bakterizide Wirkung des Lichtes auf Tuberkelbazillen), von A. Eidinow. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3473, S. 160.) Nach eingehenden Versuchen kommt der Verf. zu dem Schlusse, daß die gebräuchlichen Ultraviolettstrahlen nicht in der Lage sind, Tuberkelbazillen in vivo zu töten. Die Heilung erfolgt beim Lupus deshalb auf dem Umwege über die durch das Licht erzeugte Gewebsreaktion. Durch diese Arbeit werden die Forschungsergebnisse deutscher und dänischer Forscher bestätigt. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Digitized by Google

Purpura Hemorrhagica (Essential Thrombocytopenia) Treatment by the Mercury Vapor Lamp (Purpura haemorrhagica [Essentielle Thrombozytopenie]. Behandlung mit der Quecksilber-Dampflampe), von E. Tolstoi-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 5, S. 370.) Angeregt durch Versuche anderer Autoren behandelte Verf. 3 Fälle mit der Hg-Dampflampe. Störungen wurden nicht beobachtet. Es handelte sich um einen 11jähr. Knaben, eine 31jähr. und eine 24jähr. Frau. Die Zählungen vor, während und nach den Bestrahlungen, nach eigener Blutkörperchen-Zählmethode ausgeführt, sind tabellarisch registriert. Wie man weiß, heilt diese Krankheit meist spontan. Daher ist die Beurteilung dieser therapeutischen Maßnahme schwer, wenn auch Besserung bzw. Heilung bei Anwendung des Quecksilberlichts zu verzeichnen ist. Verf. hatte nicht den Eindruck, daß diese Methode als ganz besonders hervorragend und als das Heilmittel der Wahl zu bezeichnen ist. H. Colman-Berlin.

Die angebliche skorbutigene Wirkung bestrahlter Milch, von E. Wieland, Kinderkl. Basel (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 26, S. 625.) Die von anderer Seite aufgestellte Behauptung, daß die Ultraviolettbestrahlung der Kuhmilch skorbutigen wirke, ist durch nichts begründet. Die durch die lege artis vorgenommene kurze Bestrahlung erfolgende geringe Einbuße der Milch an antiskorbutigener Kraft steht dem durch kurzes Kochen erfolgenden Verlust an C-Vitamin gleich, ist also für den Menschen ohne praktische Bedeutung. Minderwertige, abgelagerte sowie stark überstrahlte Milch kann natürlich skorbutigen wirken. E. Levin-Berlin.

A Note on Ultra-violet Rays in the Treatment of Chronic Ulceration (Ultraviolettlicht bei chronisch ulzerösen Prozessen), von G. M. Wauchope. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5417, S. 1345.) Bericht über gute Heilerfolge mit Ultraviolettlicht bei varikösen Geschwüren, diabetischen Ulzerationen und Erythema induratum Bazin. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Bemerkungen zu dem Aufsatz Professor Dr. Grobers „Grundsätzliches über Bestrahlungstherapie", von H. Bach-Bad Elster. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 15, S. 533.) Empfehlung der Hanauer Solluxlampe für die Hyperämietherapie und der „künstlichen Höhensonne für die Erythemtherapie". J. Callenberg-Horst Emscher.

Über eine mit dem Diathermieapparat betriebene, kippfreie Quarzlampe, von L. Blumer-Zürich. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 28, S. 667—668.) Es gelingt in jedem Quarzbrenner sofort, spontan und ohne Kippen den Lichtbogen durch einfaches Einschalten des Stromes herzustellen durch Anpassung des Vakuums in der Röhre an die Spannung der zur Verfügung stehenden Hochfrequenzquelle. Die Hochfrequenz-Quarzlampe eignet sich zur Therapie ebenso wie die Hanauer Höhensonne, der gegenüber sie weniger empfindlich ist; die Zündkippung fällt fort, die Intensität kann variiert werden. Plötzliches Erlöschen der Lampe während des Betriebes ist zwar nicht ausgeschlossen, doch setzt der Lichtbogen, falls er einmal abreißt, nach kurzer Zeit spontan wieder ein. E. Levin-Berlin.

Die Prüfung der Strahlenempfindlichkeit der Haut, von L. Freund. (W. kl. W., 1927, Nr. 13, S. 419.) Zur Vermeidung von Röntgenschädigungen der Haut durch das Vorkommen individueller und temporärer Überempfindlichkeit gegen Röntgenstrahlen hat Freund ein Verfahren ausgearbeitet, bei dem mittels Radium (eventuell gefiltert) bei verschiedenen Patienten die Radiosensibilität unter gleichen Bedingungen geprüft wird. Durch Rötungsskala wird der Grad und der Verlauf des Erythems gemessen. Die Röntgenstrahlen hält der Verf. wegen ihrer Inkonstanz zur Prüfung für ungeeignet. J. Callenberg-Horst Emscher.

Die Prüfung der Strahlenempfindlichkeit der Haut, von R. Grann und G. Holzknecht. (W. kl. W., 1927, Nr. 26, S. 848.) Erwiderung auf die Arbeit von Freund in Nr. 13 der W. kl. W., 1927. Die Verff. lehnen die Radiumpräparate zur Prüfung der Strahlenempfindlichkeit ab wegen der individuellen Differenzen der Dicke der nicht reaktionsfähigen obersten Epidermisschicht und empfehlen die Bestrahlung der Hautstellen mehrerer Patienten gleichzeitig mit ein und derselben Röntgenröhre. J. Callenberg-Horst Emscher.

Erwiderung auf vorstehende Bemerkung, von L. Freund. (W. kl. W., 1927, Nr. 26, S. 849.) Verf. entkräftet den Einwurf von Grann und Holzknecht, daß wegen der Verschiedenheit der Dicke der nicht reaktionsfähigen Epidermisschicht die Prüfung der Radiosensibilität mit Radium unzuverlässig sei, dadurch, daß er empfiehlt, stark gefilterte Radiumstrahlung zu verwenden, eventuell Distanzbestrahlung. Die Prüfung mit

Digitized by Google

Röntgenstrahlen unter den von G. u. H. angegebenen Bedingungen lehnt er deshalb ab, weil sich die gleichen Bestrahlungsbedingungen zu verschiedenen Zeiten nie reproduzieren lassen. J. Callenberg-Horst Emscher.

Über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Zellen, zugleich ein Beitrag zur Darstellung der Mitosen durch die Nuklealreaktion, von G. Politzer-Wien. (D. m. W., 1927, Nr. 33, S. 1390.) Die Arbeit von Casemir (Med.-naturwiss. Archiv) war Verf. unbekannt. Auch wenn Verf. sie gekannt hätte, bestände kein Anlaß, sie zu erwähnen, da sie keine Angaben über den Nachweis atypischer Kernteilungsfiguren unmittelbar nach der Bestrahlung enthält. F. Harry-Wiesbaden.

Entgegnung auf obige Bemerkung, von W. Scholtz-Königsberg. (D. m. W., 1927, Nr. 33, S. 1390.) Alberti und Politzer beschrieben im wesentlichen die gleichen Veränderungen wie Casemir, der außer Stillstand der Mitosen Karyorhexis, Karyolysis und Pyknose festgestellt hat. Sie beschreiben dann noch Pseudoamitosen und betonen, daß die Zeit des Auftretens der Kernveränderungen nach Röntgenstrahlen bisher noch nicht ergründet sei. Verf. fühlte sich daher berechtigt, auf die Arbeit von Casemir hinzuweisen, die Angaben über den Röntgenaffekt unmittelbar nach der Bestrahlung enthält. F. Harry-Wiesbaden.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Zur Zeit gibt es in Nordamerika nachfolgende dermatologische Gesellschaften: American Dermatological Association (Präsident: Otto H. Foerster-Milwaukee); Section on Dermatology and Syphilology, American Medical Association (Udo J. Wile-Ann Arbor, Mich.); British Association of Dermatology and Syphilology (Canadian Branch) (King Smith-Toronto); Atlanta Dermatological Society (Cosby Swanson); Baltimore and Washington Dermatological Society (J. W. Lord-New York); Bronx Dermatological Society (Louis Chargin-New York); Brooklyn Dermatological Society (Graham John Cooper); Section on Dermatology and Syphilology, California Medical Association (Harry E. Alderson-San Francisco); Chicago Dermatological Society (F. E. Senear); Cincinnati Dermatological Society (August Ravogli); Cleveland Dermatological Society (C. G. La Rocco); Detroit Dermatological Society (Henry S. Bartholomew-Lansing, Mich.); Dermatologic Section, Los Angeles County Medical Association (Irvin C. Sutton-Hollywood); Louisiana Dermatological Society (Henry E. Menage-New Orleans); Manhattan Dermatological Society (Joseph Jordan Eller-New York); Minnesota Dermatological Society (Henry E. Michelson); New England Dermatological Society (C. Guy Lane-Boston); New York Academy of Medicine, Section on Dermatology and Syphilis (Edward R. Maloney); New York Dermatological Society (John E. Lane-New Haven, Conn.); Medical Society of the State of New York, Section on Dermatology and Syphilology (Howard Fox); Philadelphia Dermatological Society (Patricia Hart-Drant); Pittsburgh Dermatological Society (Lawrence G. Beinhauer); St. Louis Dermatological Society (Robert H. Davis); San Francisco Dermatological Society (George D. Culver).

Seit kurzem erscheint im Verlag Julius Püttmann-Stuttgart die Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene, herausgegeben von K. Riss-Stuttgart.

Ernannt: Dr. Franz Kogoj zum a. o. Professor und Vorstand der Dermatologischen Klinik in Agram (Zagreb). R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 47 (Bd. 85) 19. November 1927

Aus der Hautklinik der Universität Heidelberg

Kapillarmikroskopische Untersuchungen in der Dermatologie

Von

Prof. Dr. S. Bettmann

Wer die schöne Methode der Kapillarmikroskopie und ihre einfache Ausführbarkeit mit Hilfe des Müllerschen Mikroskops kennenlernt, unterliegt dem Eindruck, daß kaum ein anderes Teilgebiet der Medizin so großen Nutzen aus der Kapillarbeobachtung ziehen könnte wie gerade die Dermatologie. Es muß deshalb befremden, daß der Eifer, mit dem sich einzelne Dermatologen anfänglich um die Anwendung der Kapillarmikroskopie bemüht hatten, rasch abgeflaut war. Entscheidend war wohl vor allem die Enttäuschung, die man bei dem Versuch erlebte, die Methode für dermatologische Diagnosen und Differentialdiagnosen zu verwerten. Ist die Kapillarmikroskopie auch für solche Zwecke keineswegs ganz ohne Bedeutung, so gilt doch noch der Standpunkt, daß das Kapillarmikroskop kein normales diagnostisches Werkzeug für den dermatologischen Praktiker darstellt und daß die Hilfe, die es ihm bringen kann, nicht im Verhältnis zur Mühe und Zeit steht, die für eine genügende Einarbeitung in die Methode erforderlich ist. Mangel an Kritik und Übung aber würde nur zu fehlerhaften oder gar phantastischen Ausdeutungen der Befunde führen.

Übrigens hat auch die zur Dermatoskopie erweiterte Methode, bei der nicht nur auf die Blutgefäße, sondern auch auf die Pigmentverhältnisse, auf etwaige Blutungen, auf Anzeichen von Ödem, Zellinfiltration usw. geachtet wird, keinen wesentlichen Zuwachs für die Praxis gebracht.

Durch alles dies wird zwar die Möglichkeit nicht berührt, mit Hilfe der Kapillarmikrospie zu wissenschaftlich fruchtbaren Ergebnissen zu gelangen, die für die Dermatologie von spezieller Bedeutung sein können; aber auch bei wissenschaftlichen Fragestellungen ist die Methode dermatologischerseits lange Zeit nicht genügend ausgenützt worden. Es mag deshalb nicht überflüssig sein, wenn im folgenden einige Zusammenhänge besprochen werden, in denen sich uns die Kapillarmikroskopie als wertvoll erwiesen hat und weitere Ausbeute verspricht.

Das Hauptinteresse der Kapillarmikroskopiker wendet sich Fragen der Physiologie zu, indem es sich mit den Regulierungsmechanismen des peripherstenGefäßabschnitts befaßt. Dabei ergeben sich so viele

Digitized by Google

Schwierigkeiten in den wesentlichen und einfachsten Problemen, daß man wohl eine Scheu, die in solche Dinge von den komplexen und schwer übersehbaren Bedingungen der Dermatosen aus nicht allzuviel hineinreden möchte, nur anerkennend würdigen kann. Aber der Dermatologe kann zunächst kapillarmikroskopisch eine ganze Fülle morphologischer Fragestellungen in Angriff nehmen. Er wird das kapillarmikroskopische Bild immer in Vergleich zu dem histologischen Befunde setzen. O. Müller hat schon in seinem grundlegenden Kapillarwerk als wichtig hervorgehoben, daß es in einer ganzen Anzahl von Fällen möglich gewesen ist, mit dem Hautmikroskop beim Lebenden Feststellungen zu machen, die sonst nur durch das histologische Präparat zu gewinnen waren. Aber noch wesentlicher werden für uns gerade in der Dermatologie kapillarmikroskopische Erhebungen, die nicht nur Bestätigungen bekannter histologischer Befunde, sondern Ergänzungen zu ihnen bedeuten, also Dinge erkennen lassen, über die der histologische Schnitt überhaupt keine Auskunft oder mindestens keine gleich zuverlässige Aufklärung gibt.

Die kapillarmikroskopische Betrachtung liefert Flächenansichten, die als solche eine willkommene Ergänzung zu den vertikalen Aufrissen bedeuten, mit denen wir in der Hauthistologie zu arbeiten pflegen, und die den letzteren gegenüber zumal an umschriebenen Herden unter Umständen eine weit bessere Möglichkeit umfassen, Zoneneigentümlichkeiten und Randverhältnisse zu studieren. Aus den kapillarmikroskopischen Befunden läßt sich in mancherlei Zusammenhängen ein fruchtbarer Anreiz gewinnen, die Flachschnittechnik in der Hauthistologie ausgiebiger zu berücksichtigen. Übrigens werden aus dem Vergleich des kapillarmikroskopischen Befundes mit dem histologischen Bilde unter Umständen Wertungen von Fixationstechniken möglich.

Im Verhältnis zum Reichtum des histologischen Schnittes beschränken sich die Auskünfte, die uns das Kapillarmikroskop vermittelt, im wesentlichen auf den peripherstenTeil des einen Systems der Blutgefäße bei sehr eingeengter Tiefensicht. Erkennbar werden außer den Papillarkapillaren bestenfalls Anteile des subpapillaren Plexus. So ist es von größter Wichtigkeit zu wissen, welche zuverlässigen Schlüsse auf zugeordnete Befunde in der Haut eben dieser sichtbare Anteil gestattet. Da eine Bindung der Papillarkapillaren an die Strukturverhältnisse des ganzen Papillarkörpers besteht, welche die Verteilung und Richtung wie die Länge der Kapillaren bestimmt, ergeben sich umgekehrt aus dem Kapillarbild reichliche Möglichkeiten, Architektur-Eigentümlichkeiten des Papillarkörpers zu erschließen. Allerdings ist über die Länge der Kapillaren und damit die Höhe des Papillarkörpers nur da ein Urteil zu gewinnen, wo das Gewebe so ausgerichtet ist, daß es eine entsprechende Aufsicht gestattet. Darin liegen ja beispielsweise die günstigen Vorbedingungen für die Untersuchung der Limbuskapillaren. Unter pathologischen Bedingungen kommen entsprechende Möglichkeiten der Betrachtung der Kapillaren an anderen Stellen dann zustande, wenn der Papillarkörper umgelegt oder verzogen ist, während wiederum unter dem Einfluß solcher Vorgänge, die zu einer Hochreckung der Papillararkaden führen, vorher schräg verlaufende Kapillaren nur noch ihre Scheitelansicht darbieten. Es konnte ausgeführt werden, wie solche Befunde bei der Psoriasis in ihrer Be-

Digitized by Google

ziehung zum Effloreszenzstadium eine gewisse prognostische Beurteilung gestatten [1]).

Ganz besonders wichtig waren Feststellungen über die Tiefenbeziehungen der Papillarkapillaren. Die Netze, denen sie zugehören und von denen aus ihre Anordnung wesentlich mitbestimmt ist, sind normalerweise im kapillarmikroskopischen Bilde nicht oder nur sehr unvollkommen erkennbar, und auch unter den meisten pathologischen Bedingungen fehlt ein genügendes Eindringen in die Tiefe; oder man sieht wohl das Netzsystem, aber keine genügende Zahl von Papillarkapillaren.

Der mangelhafte Tiefeneinblick, welcher der Kapillarmikroskopie anhaftet und der so zu einer isolierenden Betrachtung zwingt, birgt die große Gefahr in sich, daß anatomische wie funktionelle Abhängigkeiten der Endkapillaren von dem nächsten übergeordneten Anteil des Gefäßsystems nicht genügend gewürdigt werden.

Es fehlt aber keineswegs an günstigen Fällen, unter denen sich wenigstens unter pathologischen Verhältnissen verwertbare Einblicke in den Aufbau des Systems ergeben. Auch experimentell läßt sich die Frage in Angriff nehmen, und zwar durch das kapillarmikroskopische Studium von „Erstarrungs"-Bildern, die durch bestimmte nekrotisierende Mittel hervorgerufen werden. (Daß wir in der Kapillarmikroskopie ein Mittel besitzen, das uns unter Umständen die Entscheidung zwischen der Annahme eines Artefakts oder einer „Spontangangrän" erlaubt, wird an anderer Stelle im Zusammenhang mit solchen Untersuchungen zu besprechen sein.)

Wichtig ist jedenfalls, daß es auch ohne die direkte genaue Beobachtung des subpapillaren Netzes aus den Anordnungen der Papillarkapillaren gelingen kann, Richtungen und Lageeigentümlichkeiten tieferer Gefäße aufzudecken, was gerade in pathologischen Zusammenhängen Bedeutung gewinnt. Solche Verteilungen der Kapillaren kommen namentlich sehr schön im Photogramm zum Ausdruck. Wir konnten Bilder erhalten, die ausgezeichnet mit den Bildern der Anatomen (Spalteholz) übereinstimmen und für die Topographie weit bessere Aufschlüsse liefern als die älteren kapillarmikroskopischen Zeichnungen.

Da die Verteilung der Papillarkapillaren — abgesehen von Bedingungen des Papillarkörpers selbst — an die tieferen Gefäße gesetzmäßig gebunden ist, kann schon eine Änderung der Kapillaranordnung auf Tiefenveränderungen hinweisen. Selbstverständlich hat man sich davor zu hüten, ein funktionelles Leerlaufen auf ein Fehlen von Kapillaren zu beziehen.

Indem die Kapillarmikroskopie die Befunde am Lebenden aufdeckt, ergibt sie nicht nur die Möglichkeit, funktionelle Vorgänge neben dem Formalen zu studieren, sondern sie erzwingt gerade auch in der Dermatopathologie eine Betrachtungsweise, die bei den oben angedeuteten Schwierigkeiten in der Ausdeutung kapillarphysiologischer Beobachtungen keineswegs allgemein als Erleichterung, sondern unter Umständen vielmehr als Komplikation empfunden wird.

Aber für die Klinik gewinnen doch schon die primitivsten tatsächlichen Feststellungen über die Strömungs- und Füllungsverhältnisse an

[1]) Derm. W., 1926, Bd. 83, Nr. 34.

Digitized by Google

den Kapillaren Bedeutung. Es ist noch nicht abzusehen, wieweit solche einfachste Erhebungen uns in der Differenzierung von Erythemen und in der Auswertung von klinisch erfaßbaren Färbungsnuancen fördern können, zumal dann, wenn es gelingen möchte, zugleich über die Permeabilitätsverhältnisse der Kapillarwandungen einfache und zuverlässige Anhaltspunkte zu gewinnen.

Die Dermatopathologie liefert ein unübersehbares Material für Untersuchungen über das Verhältnis des Funktionsspiels der Kapillaren zu besonderen anatomischen Voraussetzungen und Veränderungen der Gefäße, zumal hier die Histologie bereits wesentliche Vorarbeit geliefert hat. Interessante Möglichkeiten eröffnet, wie schon frühzeitig erkannt wurde, der Naevus anaemicus, aber schließlich werden alle Voraussetzungen in Betracht gezogen werden müssen, unter denen mit einer mangelhaften Entwicklung oder einer sekundären anatomischen Beeinträchtigung des Blutgefäßsystems in der Haut zu rechnen ist. Hautveränderungen ergeben dabei wertvolle Möglichkeiten, nicht nur die Zahl und Zusammenordnung der Kapillaren zu studieren, sondern auch die Besonderheiten ihrer Form zu analysieren. Die Untersuchungen der Nichtdermatologen über eigentümliche und veränderte Kapillarformen richten sich fast ausschließlich auf die Fragen des Zustandekommens durch Änderungen und Störungen der nervösen Regulierung, auf ihre Abhängigkeit von allgemeinen Zirkulationsstörungen und ihre Beziehung zu Arteriosklerose, Nierenleiden, Diabetes, endokrinen Störungen, allgemeinen Entwicklungsstörungen usw. Testort für diese Untersuchungen ist der Nagellimbus, der nicht nur wegen der tatsächlichen Länge der Gefäßchen an dieser Stelle, sondern mehr noch wegen ihrer Ausrichtung und Lagerung in Reihen besonders günstige Möglichkeiten des Überblicks liefert.

Bestehen die angeführten Annahmen über das Zustandekommen der besonderen Kapillarformen („Schnörkel"- und „Kümmerformen") zu Recht, so sind auch an anderen Hautstellen unter den in Betracht gezogenen allgemeinen Störungen zwar nicht ohne weiteres identische, aber doch irgendwie gesetzmäßig beeinflußte Änderungen der Kapillarform zu erwarten.

Das Untersuchungsmaterial des Dermatologen bringt es mit sich, daß ihm vorwiegend die Aufgabe zufällt, abweichend von dieser ganzen Untersuchungsrichtung zu kontrollieren, wieweit den Schnörkel- und Kümmerformen entsprechende Kapillargestaltungen auf Grund rein örtlicher Bedingungen und speziell im Zusammenhang mit Dermatosen an beliebigen Stellen der Haut zustande kommen können. Solche Abhängigkeiten der Kapillarform von örtlichen Bedingungen sind keineswegs abgelehnt worden; O. Müller hat sie sogar mit Nachdruck betont. Aber die Bedeutung der ganzen Untersuchungsrichtung hat sich wohl erst herausgestellt, nachdem es gelungen ist, das Vorhandensein charakteristischer Spezialformen der Kapillaren, die mit den besonderen Limbusformen mindestens größte Ähnlichkeit besitzen, im Verlauf bestimmter Dermatosen unter typischen Bedingungen an den verschiedensten Hautstellen nachzuweisen und auch experimentell zu provozieren[1]). Eine Erklärung für ihr Zustandekommen haben wir unter histo-mechanischen

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 153, S. 498.

Digitized by Google

PROPERTY OF DERMATOLOGICAL LABORATORY

Gesichtspunkten versucht, und es scheint mir, daß wir zu einer befriedigenden Auffassung und zu einem umfassenderen Verständnis für die Bedeutung allgemeiner wie örtlicher Bedingungen für die feineren Formgestaltungen der Kapillaren gelangen können, wenn wir die Spannungsverhältnisse im Gewebe in den Vordergrund rücken, die von der Gesamtheit der Faktoren abhängen, die Wachstum und Gewebstonus beherrschen und sich rhythmisch oder wenigstens in Schwankungen auswirken. Ob kann noch nicht weiter entschieden werden, wieweit dabei so feine Abstimmungen möglich sind, daß Kapillarformen an bestimmter Stelle mit Sicherheit auf bestimmte spezielle allgemeine oder örtliche Voraussetzungen bezogen werden dürfen und somit auch eine gewisse diagnostische Verwertbarkeit gewinnen.

Wichtig erscheint es mir zu betonen, daß wir die Formänderungen der Kapillaren nicht nur von den Gefäßen aus und besonders nicht nur von autonom geleiteten Wandbeeinflussungen aus verstehen wollen.

Bei der Untersuchung von Kapillarbefunden an klinisch und histologisch wohlbekannten Hautveränderungen kommen wir begreiflicherweise dazu, anatomische Befunde an den Gefäßen zu betonen. Wir meinen, daß mancherlei Kapillarbefunde, die als rein funktionell bedingt angesehen wurden, nicht nur in Beziehung zu histologisch nachweisbaren Veränderungen der tieferen Gefäßlagen und speziell der Venen stehen, sondern daß in solchen Fällen die Kapillarwandungen selbst verändert sein können. Lutz[1]) hat histologische Veränderungen an Scheitelsäckchen der Kapillaren, also an Gebilden festgestellt, die nach Parrisius als ein wesentliches Symptom vasoneurotischer Äußerungen an den Kapillaren aufgefaßt wurden, und es hat sich uns weiter eine lückenlose Übergangsreihe von solchen periphersten histologischen Gefäßveränderungen bis zu größeren und kompakteren angiomartigen Gefäßektasien der Tiefe ergeben. In Livedobefunden hat Schrempff[2]) histologische Veränderungen im Papillarkörper und der subpapillaren Schicht festgestellt; ähnliche Befunde waren bereits aus dermatologischen Arbeiten über Livedo zu erschließen. Das Hauptinteresse an solchen Feststellungen konzentriert sich auf die Frage, wieweit sich die nachweisbaren histologischen Veränderungen aus rein funktionellen Befunden herausentwickeln oder wieweit umgekehrt die kapillarmikroskopisch festzustellende Kapillarstörung bereits die Folge einer anatomischen Gefäßveränderung darstellt. An möglichster Klärung dieser Frage hat nicht nur die Kapillarphysiologie größtes Interesse, sondern gerade auch die klinische Dermatologie bei der Beurteilung beginnender oder fortschreitender Hautveränderungen.

Die Dermatologie ist aber auch an den Kapillarbefunden bei Hautreaktionen im weitesten Sinne interessiert. Besonders beachtenswert und ergiebig sind hier vor allem die Bestrahlungsreaktionen. Nach Sonnenbestrahlungen und nach Einwirkung von Röntgen- wie von Quarzlicht sind kapillarmikroskopische Reaktionen zu beobachten, bei denen das zeitliche Eintreten, die Intensität und die Dauer nur auf diese Weise genauer bemessen werden können, oder die gar der rein klinischen Verfolgung überhaupt entgehen. Man kann deshalb die Kapillarmikroskopie

[1]) Bettmann, Arch. f. Derm., Bd. 153. — [2]) Arch. f. kl. M., Bd. 151.

Digitized by Google

wohl verwerten, um Strahlenempfindlichkeiten zu prüfen, aber auch um eine nach Bestrahlung eingetretene Schädigung des Gewebes zu erkennen. So konnten wir auf dem Bonner Dermatologenkongreß kapillarmikroskopische Photogramme demonstrieren, welche Gefäßschädigungen erwiesen, die nach Buckybestrahlung erst von der 7. Woche ab manifest wurden. Bei der unbezweifelbaren Verwertbarkeit der Kapillarmikroskopie für die Verfolgung von Röntgenreaktionen möchten wir nur davor warnen, daß namentlich bei geringfügigen Befunden ein Wechsel des kapillarmikroskopischen Bildes ohne weiteres auf einen Wellenablauf der Strahlenreaktion bezogen werde. Im Kapillarbefund spiegelt sich eine Fülle von physiologischen Schwankungen, die oft genug nicht als solche zu erkennen sind, geschweige denn nach ihrer Intensität bemessen werden können. Beispielsweise erweisen sich bei nicht wenigen Frauen menstruelle Auswirkungen als Störungsfaktor für genauere Reaktionsuntersuchungen der verschiedensten Art.

Daß Kapillarbeobachtungen bei allen möglichen experimentellen (pharmakodynamischen usw.) Reaktionen bis zu einem gewissen Grade verwertbar sind, soll hier nur erwähnt werden. Wir tun gut daran, unsere Bemühungen zunächst auf möglichst einfache Prüfungen zu konzentrieren. Das sind vor allem mechanische Reizungen, bei denen sich Ausdehnung und Stärke bemessen läßt und die bis zu einer „Mikroreaktion" entwickelt werden konnten, deren Ablauf photographisch festzuhalten war[1]). Gerade aus genaueren Vergleichungen, die auf diese Weise möglich wurden, ergab sich, daß höchstens exzessive Abweichungen von einer Normalreaktion eine gewisse Verwertbarkeit erlauben. Denn schon innerhalb des Normalen finden sich größte Verschiedenheiten der Reaktion an verschiedenen Hautstellen eines und desselben Individuums wie an der gleichen Hautstelle bei verschiedenen Individuen, aber auch an einer gegebenen Hautstelle eines bestimmten Individuums zu verschiedenen Zeiten und unter verschiedenen Bedingungen. Geprüft wurde die Veränderung des Ruhebildes, die sich in der Gefäßfüllung und den Strömungsverhältnissen kundgibt.

Wir halten eine vorsichtige Berücksichtigung solcher Reaktionen für die Beurteilung vasoneurotischer Ansprechbarkeiten nicht für ausgeschlossen, aber wir würden vorläufig noch die größten Bedenken tragen, sie für Rückschlüsse auf Konstitution und Diathesen genauer auszuwerten.

Im Zusammenhang mit dermographischen Reaktionen läßt sich auch die durch die Ödematisation bedingte Verschleierung der Kapillarbilder studieren. Aber solche Befunde sind erst recht schwierig zu beurteilen, und bei Vergleichungen ist deshalb besondere Vorsicht geboten.

Was uns aber bei diesen Reaktionen unverkennbar scheint, ist ihr wesentlich geänderter Ausfall an pathologisch veränderter Haut und speziell da, wo manifeste Endothelschädigungen bestehen — zumal im Bereich von gewissen Hauterkrankungen komplexer Art —, und es ist deshalb nicht ausgeschlossen, daß wir aus dem Reaktionsausfall mit Hilfe des Kapillarmikroskops zur Festlegung bestehender Endothelschäden gelangen können.

---

[1]) Bettmann, Kl. W., 1926, Nr. 44.

Digitized by Google

Die Tübinger Schule hat auf die kapillarmikroskopischen Befunde als Indikatoren einer vasoneurotischen Diathese besonderes Gewicht gelegt. O. Müller betont sowohl eine funktionelle Dysergie, die sich als spastisch-atonischer Symptomenkomplex äußert, als auch eine anatomische Disproportion in der Kapillarform. Schon mit Rücksicht auf den großen Umfang, in dem Vasoneurosen in die Dermatologie hereinspielen, haben wir allen Anlaß, uns mit der einleuchtenden Konzeption O. Müllers genauer zu befassen. Wiederum ergaben sich vom dermatologischen Standpunkte aus gewisse besondere Betonungen. Einzelne hierher gehörende Fragen sind oben bereits angeschnitten worden. Im ganzen handelt es sich für uns darum, zu verfolgen, wieweit innerhalb einer gegegeben vasoneurotischen Veranlagung speziell Hautprojektionen in den Vordergrund treten oder auch zurücktreten können, wieweit an der Haut mit verbreiteter oder umschriebener Ansprechbarkeit zu rechnen ist, wieweit also eine einzelne Hautstelle zum Indikator einer allgemeinen Labilität werden kann, wieweit endlich aus Ruhebildern oder aus Reaktionen ein Urteil zu fällen ist, endlich aber, wieweit Vasoneurosenbilder an anatomische Voraussetzungen gebunden sind.

Das alles sind Fragen, die von O. Müller und seinen Mitarbeitern mehr oder minder nachdrücklich in Betracht gezogen wurden, die aber vom dermatologischen Material aus ihre besonderen Züge und besonderen Bearbeitungsmöglichkeiten erhalten.

Uns sind solche Untersuchungen um so wichtiger, als eine vasoneurotische Grundstimmung und ihre lokale Auswirkung bei mancherlei Dermatosen zu berücksichtigen ist. Zu denken ist vor allem an das Ekzem. Hier hat sich Brill[1]) der verdienstvollen Mühe einer genaueren Untersuchung an Ekzemkranken unterzogen; er ist dabei auch den „Vasoneurosen"-Bildern an den Limbuskapillaren nachgegangen und hat sie in guter Übereinstimmung mit den sonstigen Indikatoren einer vasoneurotischen Diathese befunden. Die Gesamtuntersuchung Brills ist schon im Hinblick auf Kreibichs Auffassung des Ekzems bedeutungsvoll. Aber sie erweist keinesfalls die Existenz eines neuropathischen Ekzemtyps, d. h. einer abgrenzbaren Sonderform der Hautkrankheit, sondern höchstens die Häufigkeit der Vasoneurotiker unter den Ekzemkranken. Dabei kann ich gerade den Befunden an den Limbuskapillaren keine rechte Verwertbarkeit zuerkennen, und zwar schon auf Grund von Gegenproben an einer großen Zahl von Ekzematikern wie anderen Hautkranken. Nächstliegendes Beispiel ergeben die Psoriatiker. Meine bisherige Untersuchung läßt sich dahin zusammenfassen, daß sich in unserem Beobachtungsmaterial unter den Psoriatikern ein annähernd ebenso hoher Prozentsatz mit Schnörkelformen der Limbuskapillaren findet wie unter den Ekzematikern, ohne daß wir dabei Veranlassung hätten, einen besonderen Vasoneurotikertyp unter den Psoriatikern oder gar eine vasoneurotische Sonderform der Psoriasis selbst anzunehmen.

Damit ergeben sich gewisse Übereinstimmungen mit den Feststellungen von Gans und Gruhle[2]). Es scheint sich immer mehr zu bestätigen, daß das von Gruhle für den normalen Durchschnitt der Bevölkerung

[1]) Arch. f. Derm., Bd. 151. — [2]) Gans und Gruhle, Arch. f. Derm., Bd. 150.

Digitized by Google

berechnete Verteilungsverhältnis der Konstitutionstypen sich im wesentlichen auch bei Hautkranken wiederfindet. Sind Abhängigkeiten der Kapillarform von der Konstitution anzunehmen, so müssen sie bei Hautkranken zum Ausdruck kommen, auch wenn keine nähere Beziehung zur Dermatose selbst besteht.

Wir kämen dabei schließlich auf die interessante Frage, wieweit die Kapillarbefunde in möglichst weit gefaßte Konstitutionsuntersuchungen einbezogen werden können. Ich halte es für falsch, wenn man ohne weiteres einem bestimmten allgemeinen Konstitutionstyp einen festgebundenen Hauttyp zuordnen will, zumal sich sehr wesentliche regionäre Unterschiede an der Haut ergeben. Vielleicht ist nebenbei gerade die Haut dasjenige Organ, dem am meisten die Notwendigkeit und Fähigkeit zukommt, Anlagemäßiges durch Anpassung auszugleichen und zu modifizieren. Der Hauttyp aber wäre nur durch eine Fülle von strukturellen und funktionellen Eigentümlichkeiten zu charakterisieren, und es ist nach dem oben Gesagten klar, daß versucht werden kann, in solchen Zusammenhängen der Kapillarmikroskopie indirekte und direkte Aufschlüsse abzugewinnen.

Es liegt an der Schwierigkeit der Gesamtbetrachtung, wenn solche Untersuchungen noch nicht über die ersten Anfänge hinauskommen konnten.

Unsere Ausführungen mögen für den Dermatologen eine Anregung bedeuten, sich ausgiebiger mit der Kapillarmikroskopie zu beschäftigen. Es liegen genug allgemeine Fragestellungen vor, an deren Klärung er sich beteiligen kann und von denen auch für das eigene Gebiet der Dermatologie Gewinn zu erhoffen ist. Vielleicht wird so schließlich doch auf einem Umweg auch die praktische Dermatologie von der Methode mehr Nutzen gewinnen.

Für die Verwertung der Kapillarmikroskopie und die Zuverlässigkeit ihrer Ergebnisse sind allerdings auch technische Einzelheiten von größter Bedeutung. Apparaturfragen werden eminent wichtig nicht nur für die direkten Beobachtungsmöglichkeiten, sondern vor allem für die Objektivierung der Beobachtungen durch die Photographie. Der Kapillarphotographie sind nicht nur Bestätigungen bekannter Dinge zu verdanken, sondern auch neue Feststellungen. Wir werden im Photogramm auf vieles aufmerksam gemacht, was der Beobachtung entging oder zweifelhaft bleiben mußte. Da, wo es sich um Vergleiche handelt, die einer willkürlichen subjektiven Beurteilung entzogen werden sollen, wie beispielsweise bei Reaktionsversuchen, wird die Photographie entscheidend. So haben wir von einem Ausbau der Kapillarphotographie an beliebiger Stelle besondere Förderung zu erwarten.

Unsere eigenen Bemühungen in dieser Richtung sind nicht unfruchtbar geblieben, wie sich in zahlreichen Demonstrationen und Reproduktionen von Bildern erweisen ließ. Aber sie haben leider noch nicht zu einer Apparatur geführt, die bei genügender Zuverlässigkeit bequem und einfach genug wäre, um für allgemeinere Verwendung empfohlen zu werden.

Digitized by Google

Aus dem Frauenkrankenhaus der Stadt Berlin (Ärztlicher Direktor: Prof. Felix Pinkus)

Über Erfahrungen mit Fissan-Fabrikaten in der Dermatologie

Von

Dr. Fritz Hirsch in Berlin

Es ist seit langem bekannt, daß in der Behandlung von zahlreichen Hauterkrankungen die Beschaffenheit der Salbengrundlage eine hervorragende, oft sogar ausschlaggebende Rolle spielt. Erst kürzlich weist Stern (M. Welt, 1927, Nr. 14) auf die Wichtigkeit dieses Momentes hin und macht darauf aufmerksam, daß das in Deutschland zur Verwendung gelangende Vaselin nichts weniger als ideal sei und die daraus hergestellten Salben relativ oft die Haut reizen. Warum die fortgeschrittene Praxis nicht schon lange die nicht ganz einwandfreien anorganischen Salbenbasen, welche die Vaseline und Paraffine darstellen, durch die vorhandenen tadellosen organischen Stoffe ersetzt, ist unverständlich. Eine organische Salbenbasis, die sich auf einer hautadäquaten Milcheiweiß-Fettemulsion aufbaut und völlig frei von mineralischen Fetten ist, muß als großer Fortschritt begrüßt werden. Ein solches Produkt ist in den Medikamenten enthalten, die unter dem geschützten Namen „Fissan" (Hersteller Deutsche Milchwerke A.-G., Zwingenberg [Hessen]) als Paste, Rheumasalbe, sowie als Wundpuder und Schweißpuder hergestellt werden.

Die hier besprochene Milcheiweiß-Fettemulsion enthält das Eiweiß in dem gequollenen kolloiden Zustande wie die Milch. Diese Präparation ermöglicht eine vollkommene Aufsaugung durch die Haut; sie ist sogar imstande, resorbierbare Stoffe in den Körper hineinzuführen (z. B. Salizylsäure). Sind in der Salbe außerdem Stoffe enthalten, welche Krankheitsprodukte und Keime (Eiter, Sekrete, Kokken usw.) aufnehmen und die Keime töten, so ist diese antiseptische Wirkung ein bisher nicht gekannter Vorzug, falls Reizwirkungen in jedem Falle ausgeschlossen werden können. Zu diesem Zwecke werden ausgeglühte und gereinigte Diatomeen verwendet, welche bekanntlich eine enorme Saugfähigkeit besitzen. Diese Diatomeengehäuse werden in hochtourigen Maschinen mittels einer hochvoluminösen kolloiden Kieselsäure mit desinfizierenden Stoffen überzogen. Die hierbei verwendete Kolloidkieselsäure ist eine Kombination einer bisher bekannten Kieselsäure mit einer anderen bisher völlig unbekannten Kieselsäure, welche als hochvoluminöse Kieselsäure unter dem Namen Fissan-Kolloid zum ersten Male an die Öffentlichkeit gebracht worden ist. Nach den Untersuchungen W. Bachmanns vom kolloidchemischen Institut der Technischen Hochschule in Hannover ist dies ein Stoff, der in gesättigtem Dampfraum bis zu 14% seines Gewichtes an Wasser aufnimmt, ohne dabei feucht oder backig zu werden. Die außerordentlich große Oberfläche dieses Kolloids ist durch die Messung der Dampfdruckisothermen auf etwa 150 qm pro Gramm berechnet worden. Das Kolloid ist infolgedessen äußerst voluminös, d. h. sehr leicht und beim Aufheben einer damit gefüllten Schachtel kaum als Gewichtsvermehrung fühlbar. Bei dem Versuch, dieses Fissan-Kolloid mit Flüssigkeit benetzen zu wollen, wird man die Beobachtung machen, daß die Benetzung nur sehr schwer von statten geht. Die Kieselsäure schwimmt tagelang auf dem Wasser, ohne daß nennenswerte Mengen desselben in Suspension übergehen. Das Kolloid besitzt ein außerordentlich hohes Schüttvolumen. Ein Kilogramm nimmt durchschnittlich einen Raum von 18—20 Litern ein, ja kann sogar bis auf 24 Liter steigen. Das Fissan-Kolloid hat das Aussehen von frischgefallenem Gebirgsschnee und stellt ein fast unfühlbares Pulver dar. Greift man in dasselbe hinein, so glaubt man in Luft zu greifen; schüttelt man es in einer Glasflasche, so glaubt man eine leicht bewegliche ätherische Flüssigkeit von milchigem Aussehen vor sich zu haben. Von theoretischem Interesse ist es noch zu erwähnen, daß dieses Fissan-Kolloid der leichteste Festkörper ist, der in der Chemie bisher bekannt ist. Die Herstellung des Körpers ist nur durch eine sehr komplizierte, sog. Zeitreaktion möglich; forciert man die Herstellung, so bekommt man nicht das hochvoluminöse Produkt. Das Fissan-Kolloid ist zwar ein Kristalloid, wird aber wegen seiner molekularen Struktur zu den Kolloiden gerechnet (vgl. Freundlichs „Grundzüge

Digitized by Google

der Kolloidlehre"). Nach FREUNDLICHS Untersuchungen hat die kolloide Kieselsäure neben der Holzkohle das größte bisher bekannte Absorptionsvermögen; bei der Herstellung der Fissan-Produkte wird eine Kombination der beiden Kieselsäuren — der amorphen und der kristalloiden — deshalb vorgenommen, weil es wissenschaftlich noch nicht einwandfrei erwiesen ist, ob das neue Kolloid die gleiche große Absorptionsfähigkeit hat wie die schon lange bekannte amorphe Kolloidkieselsäure. Es finden hierüber z. Zt. Versuche im Kaiser-Wilhelm-Institut statt.

Eine Haupteigenschaft einer guten Salbe ist die Flächenwirkung; die der Haut zugeführten Stoffe müssen auf eine möglichst große Fläche verteilt werden. Alle bisherigen Methoden der Verteilung der Stoffe in einer Salbe geben nur eine ganz grobe Dispersion. Bei den Fissan-Produkten werden die wirksamen Bestandteile der Salbe in hochtourigen Zerstäubungsmaschinen mit dem neugefundenen Fissan-Kolloid auf eine bisher nicht gekannte Oberfläche verteilt. Es dürfte kein Zweifel darüber bestehen, daß diese große Oberflächenwirkung ein wesentlicher Faktor für die gute und intensive Wirkung der Fissane ist.

Weiterhin sollen die Fissan-Erzeugnisse Reizwirkung von außen her im Sinne der parenteralen Eiweißtherapie ausüben. Die Reizwirkung wird in erster Linie bedingt durch die Zufuhr von kolloidem Milcheiweiß in mikroskopisch feiner Verteilung in die Gewebszellen. Auch hier spielt das Kolloid mit seiner großen Oberfläche eine namhafte Rolle. Ganz wesentlich aber ist es vor allem, das kolloide Milcheiweiß in der Paste in eine haltbare Form zu bringen. In den Fissanen ist die Lösung dieses sehr schwierigen Problems restlos gelungen.

Die bei der Herstellung der Fissan-Produkte verwendeten ausgeglühten Diatomeen enthalten noch Spuren von Eisensalzen. Dieselben wurden absichtlich belassen, obwohl es technisch möglich gewesen wäre, auch die letzten Spuren von Eisensalzen zu beseitigen. Vergleichende Untersuchungen ergaben jedoch, daß die Heilwirkung von noch eisenhaltigen Diatomeen deutlich stärker war als die von eisenfreien. Es hängt dies sicher mit der adstringierenden Wirkung des Eisens zusammen, eine Wirkungsweise, die gerade bei der Behandlung von dermatologischen Affektionen (z. B. bei Ekzem usw.) als erwünscht bezeichnet worden ist.

Die mikroskopische Untersuchung des uns übersandten Fissan-Puders ergab ein völlig amorphes Aussehen; vereinzelt war er in feinste Klümpchen gelagert. Mikroskopisch waren keine Diatomeenreste und auch keine Fettkügelchen zu finden; damit haben wir das direkte Abbild der feinen Verteilung vor uns.

Das Wesentliche an der Fissan-Fabrikation ist, daß alle Zusätze auf dem Umwege über die hochvoluminöse Gel in entsprechenden Maschinen zur Verarbeitung kommen. Dadurch wird eine Lockerheit des Gefüges und feine Verteilung der wirksamen Bestandteile erreicht, wie man sie bisher bei Puder und Pasten nicht gekannt hat. Nach den früheren Methoden wurde bekanntlich einfach etwas Salizylsäure, Borsäure und dgl. mit Reisstärke oder Talkum gemischt, um das Fertigfabrikat zu erhalten, während den Fissan-Erzeugnissen ein regelrechter Aufbau und klares Fabrikationsprinzip zugrunde liegen.

Voraussetzung und Haupterfordernis eines Puders ist absolute Reizlosigkeit. Reizlosigkeit besteht vor allen Dingen in Unlöslichkeit und feinster Verteilung. Deshalb wird niemals ein Puder, der mehlartige Bestandteile enthält, für alle Verhältnisse, namentlich aber nicht für stark gereizte, nässende, entzündete Haut brauchbar sein. Dagegen ist es erlaubt, daß ein unlöslicher Puder auf der Haut die an seine Körner gebundenen löslichen Bestandteile abgibt.

Die Paste ist verwendbar zum Zudecken und wird gebraucht werden können wie die gewöhnliche Zinkpaste bei entzündlichen Hautaffektionen, die eine fettige Substanz vertragen und durch ihre entzündliche Veränderung schon zu stark alteriert sind, als daß man nur mit Puder auskommt.

Die Puderanwendung aber wird brauchbar sein bei ganz akuten Entzündungen, die noch nicht nässen, also bei Rötung, leichter Schwellung, beginnender Bläschenbildung und bei nässenden Affektionen, die fette Substanzen nicht vertragen.

Die Hautveränderungen, welche eine Indikation für die Behandlung mit der Fissan-Paste darstellen, sind alle etwas länger bestehenden schuppenden, krustigen und sogar noch etwas nässenden Ekzeme. Beim Vergleich mit der gewöhnlichen Zinkpaste sieht man, daß die Indikationen für die Fissan-Paste viel weiter nach dem Nässenden reichen als bei der alten Zinkpaste; während letztere neben ihrer Wirkung als Bedeckung nur wenig austrocknend, ja im Gegenteil ziemlich stark mazerierend wirkt, ist unter der Fissan-Paste vielfach eine so starke Austrocknung zustande gekommen, wie man sie

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY

sonst nur mit Schüttelmixturen erreichen kann. Hierbei ist die Geschmeidigkeit der austrocknenden Pastenschicht ein erheblicher Vorzug gegen die dünne bröcklige Lagenbedeckung durch die Schüttelmixturen. Die Fissan-Paste, welche bisher nur ohne Zusatz von anderen Medikamenten verwendet wurde, wird voraussichtlich als Träger milder oder auch stark wirksamer Stoffe wie Ichthyol, Tumenol, Tumenol-Teerseife, Chrysarobin, Zignolin, Pyrogallus andererseits empfehlenswert sein. Damit wird das Indikationsgebiet dieser Salbengrundlage sich so ziemlich über die gesamten äußeren Indikationen in der Dermatologie erstrecken, vom beginnenden Ekzem bis zur ausgedehnten Psoriasis, von einer leichen Hautschrunde bis zum unsauberen tiefen Unterschenkelgeschwür. Bei der Verwendung der Fissan-Paste wird man im Gegensatz zu der erfahrungsgemäß außerordentlich verschieden ausfallenden gewöhnlichen Zinkpaste ein immer gleichmäßig bereitetes, gleichmäßig wirkendes Mittel an der Hand haben.

Die nässenden Affektionen, für welche der Fissan-Puder indiziert ist, stellen vor allem die intertriginösen Prozesse dar. Hierzu kommen akute Entzündungen am Gesicht und an den Händen und Füßen, vor allem solche mit Blasenbildungen, wie die dyshidrotischen Ekzeme. Die genannten Affektionen, Intertrigo und akute Ekzeme, stellen eine beinahe einheitliche Gruppe parasitärer und zugleich durch eine Überempfindlichkeit gegen chemische Stoffe charakterisierter Erkrankungen dar. Diese eigentümliche Mischung von Überempfindlichkeit, wie sie der akuten Dermatitis eigen ist, und Infiziertsein mit pflanzlichen Parasiten scheint mir die Wirkungsart gerade des Fissan-Puders zu erfordern.

Zu den Erregern der akuten Dermatitiden der freigetragenen Körperteile, Gesicht und Hände gehört nach der einen Richtung die Überempfindlichkeit gegen pflanzliche Stoffe (Primeln als häufigstes Beispiel) und medikamentöse Stoffe (Chinin, Jodoform, Salvarsan und viele andere); zu den parasitären Mitwirkungen rechne ich die Affektionen, die durch die Pilze von Kaufmann-Wolf, Fabry und Sabouraud erzeugt werden. Bei vielen dieser Dermatitiden dürften beide Ursachen miteinander gemischt vorkommen. Die Schwierigkeit der Behandlung besteht in der Vereinigung des antiparasitären und des reizlindernden Heilprinzips miteinander. Diese Vereinigung erreicht man sehr häufig durch den Fissan-Puder, welcher beide Indikationen erfüllt. Noch viel deutlicher als bei den bisher besprochenen akuten Dermatitiden sind die beiden Prinzipien — akute Entzündung und parasitäre Wirkung — bei den meisten intertriginösen Erkrankungen vorhanden. Das größte Kontingent der Intertrigo stellt die Epidermophytie (Sabouraud), ihr schließen sich einige richtige Trichophytien an. Die Mischinfektion dieser Sproßpilzerkrankung mit Bakterieninfektion, vor allem der Infektion mit Staphylokokken, seltener Pyozyaneus verschlimmert die akute Reizung bei diesen Krankheitsbildern. Ganz besonders bei den genannten intertriginösen Affektionen, deren Sitz das Genitale, die Inguinalfalten, die Analgegend und die Afterfalte, die Gegend unter der Mamma, die Achselhöhlen, bei Kindern auch die Speckfalten um den Hals darstellt, sind die geeignetesten Objekte für die Anwendung des Fissan-Puders. Seine Austrocknung wirkt in diesen Fällen antiparasitär, ohne zu reizen. Verstärkt wird die antiparasitäre Wirkung durch die in ihm enthaltenen milden Desinfizientien.

Wir haben den Fissan-Puder in großem Umfange für die Behandlungen intertriginöser Prozesse, vor allem von Epidermophytien, ferner bei akuten und chronischen Ekzemen angewandt. Er wirkt erheblich besser als reines Talkum. Niemals sahen wir Reizungen der Haut. Der Puder kann als unbedingt zuverlässig auch bei Personen mit besonders empfindlicher Haut empfohlen werden. Es ist nötig, den Puder nur in dünner Schicht zu verwenden. In dicker Lage erscheint uns der Puder bei Affektionen, welche mit Krustenbildung einhergehen, weniger geeignet, da dann leicht Verbackungen entstehen, so z. B. in manchen Fällen von Ulcus cruris und von Fluor. Die dünne Schicht macht den Puder zunächst sparsam im Gebrauch und verhindert außerdem, daß sich bei stark nässenden Affektionen wie Ulcus cruris dicke, stark auftragende Krusten bilden. Verglichen mit Talkum, ist besonders hervorzuheben, daß der Puder alle die Anforderungen erfüllt, die wir an einen guten Puder stellen müssen. Angenehm ist, daß er auf der Haut nicht das unangenehm stumpfe, trockene und störende Gefühl hervorruft, wie es bei vielen anderen Pudern unangenehm auffällt. Er hat die Eigenschaft, nicht zu klumpen, ist unlöslich, reizlos, weich, zart und milde und läßt sich daher sehr gut auf der Haut verteilen. Ferner besitzt der Puder gut aufsaugende Wirkung. All diese Eigenschaften hängen mit der großen Lockerheit der Fissane und feinen Verteilung ihrer einzelnen Bestandteile zusammen.

Bei der Paste fallen die gute Deckkraft, die Haftfähigkeit, die Streichbarkeit, die Kühlwirkung und die Juckreizlinderung auf, ferner die absolute Reizlosigkeit, die ent-

Digitized by Google

zündungshemmende Wirkung und der Umstand, daß ein Ankleben der Verbände auch bei stark sezernierenden Wunden verhindert wird.

Was nun unser ausgedehntes Krankenmaterial im einzelnen angeht, so sei bemerkt, daß auch schwerste reizbare Epidermophytien ausnahmslos in acht Tagen, meist schon viel rascher unter dem Einfluß von Fissan-Wundpuder glatt abheilten. Nur in vereinzelten Fällen von sehr starker Intertrigo am Genitale war die Wirkung des Puders nicht so gut; in diesen war jedoch die Ursache der intertriginösen Prozesse in starkem Fluor zu suchen. Ebenso wurde ein Fall von Epidermophytie an der Brust, verbunden mit Furunkelbildung, bei einer diabetischen Greisin weniger gut beeinflußt. Zwar heilten unter dem Puder die Epidermophytien und die Furunkel rasch ab, es kam jedoch zu häufigen Rückfällen. Auch hier gibt die vorliegende Stoffwechselerkrankung eine hinreichende Erklärung dafür, daß der Puder keine absolute Heilung herbeiführte.

In der Therapie des Ekzems sahen wir fast nur ausgezeichnete Heilungsresultate. Es war dabei meist der Wund- und Schweißpuder ebenso wirksam wie die Fissan-Paste. Wir empfehlen den Puder für die akuten und die Paste für die subkutanen und chronischen Ekzeme. Es sei erwähnt, daß in einigen Fällen, wo die Paste nicht so gut vertragen wurde, der Puder mit Ol. oliv. zu einer Paste verrührt, ausgezeichnete Heilerfolge erzielte. Im übrigen erscheint die Paste besonders angezeigt in Fällen von sekundärem Ekzem, z. B. als Schutz rings um Wunden, um die Haut vor den Einwirkungen von Wundsekreten usw. zu schützen.

Ausgezeichnete Erfolge hatten wir in der Behandlung von postskabiösen und anderen parasitären und bei seborrhoischen Ekzemen. Die Wirkung bei diesen letzteren erscheint besonders beachtenswert für jeden, der weiß, wie oft gerade die seborrhoischen Ekzeme unter der Einwirkung von anderen Mitteln (Zinkpaste, andere Pudermischungen usw.) rezidivieren.

In diesem Zusammenhange ist noch der Fall einer Kokainistin bemerkenswert, die als Folge ihres Kokainabusus an einer heftigen Juckdermatose litt. Die Kratzeffekte gingen unter Fissan-Puder rasch zurück, die Hautreizung schwand, dagegen blieb der Juckreiz unbeeinflußt. Dagegen hatten wir bei urtikariellen Erkrankungen sehr gute Erfolge. Hier wurde der Juckreiz sowohl durch Fissan-Puder als auch Fissan-Paste sehr rasch gemildert, und der Krankheitsverlauf im ganzen erheblich abgekürzt. Auch ein Fall von gewerblichem Ekzem an beiden Händen mit starker Rhagadenbildung bei einer Metallarbeiterin heilte durch die Paste sehr gut und verhältnismäßig sehr rasch (10 Tage).

Auch bei anderen entzündlichen Hauterkrankungen sahen wir relativ rasch die Krankheitserscheinungen abklingen. Mehrere Fälle von Erythema multiforme heilten in fünf Tagen ab, ferner ein Fall von Wismut-Exanthem, vom Aussehen eines Erythema multiforme. Bei einer Kranken mit Dermatitis herpetiformis, welche in jedem Frühjahr rezidivierte, heilte ein neuer Schub unter Fissan-Paste schnell ab. Mehrere Patientinnen mit Herpes zoster wurden rasch geheilt. Die sonst häufigen Schmerzen der akuten Eruption des Zoster fehlten in diesen Fällen vollkommen.

Hervorzuheben ist noch, daß dabei der Verbrauch der Fissane einmal infolge der stark trocknenden Wirkung der Diatomeen, dann infolge der intensiven Reizwirkung des kolloiden Milcheiweißes recht sparsam ist. Bei Fissan-Paste genügt ein leichtes Bestreichen, bei Fissan-Puder ein kurzes Betupfen der Haut. Auch sind die Preise der Fabrikate nicht höher als für die bisher üblichen einfachen Mischpuder.

Nebenbei sei noch erwähnt, daß Erythema solare innerhalb drei Tagen unter dem Einfluß der Fissan-Paste schwand. Ein mittelschwerer Fall von Dermatitis nach Neosalvarsan heilte in vier Tagen.

Resümieren wir unsere Erfahrungen, so müssen wir sagen, daß die Fissan-Erzeugnisse Ausgezeichnetes leisten.

Diese Diatomeen-Silicea-Milcheiweiß-Präparate haben mit den althergebrachten Puder- und Salbenmischungen nichts zu tun; sie erscheinen theoretisch gut fundiert und halten auch das, was sie versprechen. Eine Erklärung finden die mit den Fissanen erzielten Erfolge neben der Flächenwirkung des Fissan-Kolloids durch die perkutane Zuführung von kolloidem Milcheiweiß in die Gewebszellen. Wenn damit auch die tiefere Ursache der oft geradezu auffallenden Wirkung dieser Eiweiß-Präparate noch nicht restlos und endgültig geklärt ist, so steht doch fest, daß die Fissane nicht nur etwas völlig Neues darstellen, sondern daß sie für die Therapie von Hautleiden einen eminenten Fortschritt bedeuten. Jedenfalls ist anzunehmen, daß das neue Fabrikationsprinzip auch für andere Gebiete der Medizin von Bedeutung werden wird.

Digitized by Google

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dr. S. Neumark) und dem chemisch-bakteriologischen Laboratorium (Leiter: Dr. E. Seliwanowa) der Krankenkasse zu Lodz

Über das Verhalten des Blutzuckers bei Lues

Von

Dr. S. Neumark und L. Tschatschkowska

(Fortsetzung)

Tabelle VII

	WR	Name und Vorname	Blutzuckergehalt nüchtern in ‰	½ Std. nach Injektion von 0,45 g Neosalvarsan in ‰	1 Std. nach Injektion von 0,45 g Neosalvarsan in ‰	1½ Std. nach Injektion von 0,45 g Neosalvarsan in ‰	2 Std. nach Injektion von 0,45 g Neosalvarsan in ‰	Bemerkungen
23. II. 1926	—	Frant. E.	0,6	0,9	1,2	0,76	0,92	Lues II nach der beendigten Kur
23. II. 1926	—	St. Z.	0,62	0,76	0,46	0,56	0,58	Lues latens
27. I. 1926		Bich. G.	2,8	3,05	2,6	2,0	2,4	Diabetes
		Bich. G.	4,29 Azeton +				2,97 Azeton —	im Harn
16. II.		Chosz. J.	3,0	3,23	2,78	2,74	3,23	Diabetes
			4,18		4,18		3,85	im Harn
21. IX. 1925	++++	Miecz. J.	1,15	1,15	1,00	0,92	0,92	Lues II Leukomelanodermia
29. IX. 1925	++++	Bert. M.	1,2	1,2	1,26	1,2	1,2	Lues III
3. X. 1925	—	Gr. R.	1,0	1,26	1,33	1,37	1,33	Lues III Neurodermitis disseminata
16. X. 1925	++++	St. A.	1,12	1,00	1,00	1,33	1,00	Lues hepatis
25. X. 1925	++++	War. W.	0,92	1,06	0,88	1,12	1,12	Lues III
22. I. 1926	+	Berg. M.	1,2	1,1	1,24	1,14	1,1	Lues latens
10. II. 1926	++++	Piotr. M.	0,8	0,89	0,81	0,59	0,76	Lues II
20. II. 1926	+	Baj. A.	0,85	1,08	0,98	0,55	0,76	Lues lat. Nach 5 Min. 0,88‰ nach 10 Min. 0,77‰

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, kommt bei einigen Individuen mit normaler Glykämie eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels nach intravenöser Darreichung von 0,45 g Neosalvarsan zustande, bei anderen dagegen eine Erniedrigung desselben. Eine Regel ist in dieser Hinsicht nicht feststellbar; man kann nur wellenartige glykämische Schwankungen bemerken, die bis zu einem gewissen Grade zweiphasisches Verhalten aufweisen: nach anfänglicher Erniedrigung folgt eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels und umgekehrt.

Digitized by Google

Tabelle VIII

Wassermann im Blut	Name und Vorname	Blutzucker nüchtern vor der Einspritzung in ‰	½ Std. nach der Einspritzung in ‰	1 Std. nach der Einspritzung in ‰	1½ Std. nach der Einspritzung in ‰	2 Std. nach der Einspritzung in ‰	Bemerkungen
—	Or. Ch.	1,2	1,5	1,47	1,25	1,25	nach 0,45 g Neosalvarsan intravenös
—	Or. Ch.	1,2	2,4	0,92	2,15	1,4	nach Einspritzung von 5 ccm Eigenblut intramuskulär
++	Sz. L.	1,32	1,4	1,12	1,25	1,25	nach 0,45 g Neosalvarsan intravenös
++	Sz. L.	1,06	2,24	1,06	1,12	1,12	nach Einspritzung von 5 ccm Eigenblut intramuskulär

Die Tabelle VIII weist eine Reihe von Blutzuckerbestimmungen nüchtern ausgeführt bei 2 Individuen mit Pigmentveränderung der Haut (Leukomelanodermie), bei denen eine erhöhte Erregbarkeit des vegetativen Nervensystems, insbesondere des sympathischen (nach der Methode von Danielopolu), festzustellen war. Die glykämische Kurve nach intravenöser Neosalvarsandarreichung oder intramuskulärer Einspritzung von 5 ccm Eigenblut weist in beiden Fällen analoge glykämische Schwankungen auf, nur mit dem Unterschiede, daß dieselben nach Eigenblutinjektion intensiv waren; in gleichem Maße sind diese Schwankungen als Ausdruck eines Choks zu deuten. Die glykämischen Schwankungen in Gestalt von kleinen oder größeren Wellen wären ersichtlicher gewesen, wenn wir anstatt jede halbe Stunde alle 5—10 Minuten (wie im Falle Baj. A.) den Blutzuckergehalt bestimmen könnten. Bei Individuen mit Hyperglykämie wie auch bei Diabetikern konnte man dieselben glykämischen Schwankungen wie bei Kranken mit normalem Blutzuckergehalt nach Neosalvarsaninjektion feststellen.

Welche Pathogenese liegt der Hyper- und Hypoglykämie im Verlauf der Lues zugrunde?

Bekanntlich entsteht der Blutzucker hauptsächlich infolge des Abbaus von Glykogen in der Leber. Der Organismus ist bestrebt, einen konstanten Blutzuckerspiegel festzuhalten. In dieser Blutzuckerregulation nehmen sowohl das vegetative Nervensystem, wie die Drüsen mit innerer Sekretion, in erster Reihe das Pankreas und die Nebennieren, eine wichtige Stelle ein. Der Zusammenhang zwischen Glykosurie und Nervensystem ist seit dem berühmten Experiment von Claude Bernard bekannt. Der Stich in das verlängerte Mark führt zur Hyperglykämie und Glykosurie. Der Reiz geht vom Zuckerzentrum auf sympathischen Bahnen (Hals und Dorsalmark sowie N. splanchnicus), da die Reizung des Splanchnikus denselben Effekt wie der Zuckerstich auslösen kann. Nach Durchschneidung des N. splanchnicus bleibt der Zuckerstich wirkungslos. Nach Tournade und Chabrol enthält der Splanchnikus Fasern, welche einen direkten Einfluß auf den Glykogenabbau in der Leber haben. Nach Durchschneidung des Splanchnikus führt Vagusreizung zu Hypoglykämie [Laignel-Lavastine (18)].

Auf Grund zahlreicher experimenteller Untersuchungen wurde somit festgestellt, daß die Reizung des Zuckerzentrums erhöhten Glykogenabbau in der Leber mit konsekutiver Hyperglykämie zur Folge hat; zugleich werden die Nebennieren zur vermehrten Abgabe von Adrenalin veranlaßt, das auf dem Blutwege auf die Sympathikusendigungen

Digitized by Google

in der Leber einwirkt und zur Erhöhung des Glykogenabbaues beiträgt. Dagegen bewirkt die Vagusreizung direkt oder auf innersekretorischem Wege vermehrte Abgabe von Insulin in den Blutstrom mit folgender Glykogenanreicherung der Leber und Hypoglykämie [TORNISSEN (19)].

Die Untersuchungen von BRUGSCH, DRESEL und LEVY (20) haben dargetan, daß das Zuckerzentrum von CL. BERNARD aus einem viszeralen Vaguskern und dorsalen Sympathikuskern besteht. Nach Verletzung des Zuckerzentrums wurde von den genannten Autoren Ganglienzellendegeneration im Nucleus periventricularis im Zwischenhirn festgestellt. ASCHNER, hauptsächlich aber J. CAMUS, GOURNAY und LE GRAND (21) haben das Vorhandensein von höherem Zuckerzentrum, nämlich in der Nähe des III. Ventrikels, im Zwischenhirn, das zur Regulation des Kohlenhydratstoffwechsels dienen soll, nachgewiesen.

URECHIA und ELEKES fanden in einem Falle von Coma diabeticum maximum Veränderungen im Nucleus periventricularis. URECHIA und NITESCU (22) stellten an Hunden, denen das Pankreas total entfernt wurde, hochgradige Veränderungen im Nucleus periventricularis fest; zugleich erwies die Hypophyse Veränderungen, die als Zeichen von Hyperfunktion zu deuten waren (vermehrte Eosinophilie, Blutgefäßerweiterung).

Daß die Blutzuckerregulation vom Gleichgewichtszustand des vegetativen Nervensystems zum Teil abhängig ist, darauf weisen die Untersuchungen von SANTENOISE und TINEL (23) hin. Nach diesen Autoren ist bei Vagotonikern die Kohlenhydrattoleranz erhöht, dagegen bei Sympathikotonikern oder Hypovagotonikern erniedrigt.

Nach GARRELON, SANTENOISE und LE GRAND (24) führt die Pankreasentfernung zur Erniedrigung des Vagotonus; das Verhältnis des Vagus zum Pankreas sei dasselbe wie des Sympathikus zu den Nebennieren.

Der Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Blutzuckerregulation steht mit der Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion in engem Zusammenhang. Der Gegensatz zwischen Sympathikus und Parasympathikus findet eine Analogie im antagonistischen Verhalten der Hormone des Pankreas und der Nebennieren in bezug auf die Blutzuckerregulation. Insulin gleichzeitig mit Adrenalin eingespritzt verhindert das Auftreten von Adrenalinhyperglykämie, und umgekehrt das Adrenalin vermindert die hypoglykämische Wirkung des Insulins. Die antagonistische Wirkung von Adrenalin und Insulin bezüglich der Blutzuckerregulation findet in der Leber statt. Der Organismus ist nämlich bestrebt, der übermäßigen Erniedrigung des Blutzuckerspiegels dadurch Einhalt zu leisten, daß reflektorisch vermehrte Abgabe von Adrenalin aus den Nebennieren in den Blutstrom veranlaßt wird. Umgekehrt: Hyperglykämie reizt das Pankreas zur erhöhten Funktion mit folgendem Hyperinsulinismus an.

Daß wohl die Hypoglykämie durch Insulin hervorgerufen zur erhöhten Abgabe von Adrenalin aus den Nebennieren in den Blutstrom bewirkt, haben die experimentellen Untersuchungen von HOUSSAY, LEWIS und MOLINELLI (25) an Hunden nach der Methode von TOURNADE und CHABROL zweifellos nachgewiesen. Wenn nämlich der Hund A nach Injektion von Insulin sich im hypoglykämischen Zustande befindet (0,3‰) und man die Nebennierenvene mit der Jugularis des Hundes B vereinigt, so wird festgestellt, daß der Blutzucker des Hundes B steigt. Diese Wirkung bleibt aus, sobald man beim Hund A die Hypoglykämie durch Darreichung von Zucker neutralisiert. Diese Untersuchungen haben erwiesen, daß im Falle von Hypoglykämie die Nebennierensekretion siebenfach gesteigert werden kann. Dieser regulatorische Mechanismus ist für den Organismus ungemein wichtig als Abwehrmittel gegen die hypoglykämische und toxische Wirkung des Insulins. LEWIS und MAGENTA (26), CANNON, HALLION und GAYET (27) haben an Ratten, Hunden und Katzen, denen die Nebennieren entfernt oder die Innervierung derselben beraubt wurden, festgestellt, daß solche Tiere ungemein empfindlich auf Insulin sind. MARANON (28) beobachtete bei zwei Addison-Kranken, daß Injektion von 5—10 Insulineinheiten eine sofortige, sehr intensive und langdauernde Hypoglykämie mit Allgemeinerscheinungen und beträchtlichem Abfall von Blutdruck hervorgerufen hat, während bei gesunden Individuen oder bei Diabetikern die Reaktion nach derselben Dosis minimal war.

(Schluß folgt)

Digitized by Google

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Strahlentherapie und Strahlenschädigung

„Grenz" (Infra-Roentgen) Ray Therapy („Grenz" [Infra-Röntgen] Strahlentherapie), von G. Bucky-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 6, S. 645.) Zusammenfassende Arbeit über die für die Entwicklung der Therapie mit überweichen Röntgenstrahlen maßgebenden Gesichtspunkte, die Eigenart ihrer biologischen Wirkung und die bisher als erfolggebend erprobten Indikationsgebiete. Bei der Verwendung von Röntgenstrahlen von etwa 1 AE reicht die Tiefenwirkung praktisch nicht einmal bis zum Stratum germinativum. Bei der Verwendung härterer Strahlungen in der Oberflächentherapie wird die meiste Strahlung unnötigerweise erst in der Tiefe absorbiert. In ihrer biologischen Wirkung weichen die Grenzstrahlen in mehrfacher Richtung sowohl von den ultravioletten wie von den kurzwelligeren Röntgenstrahlen ab, was die Berechtigung gibt, ihnen eine besondere Bezeichnung zuzulegen. Das Hauterythem verläuft allein als Rötung ohne irgend welche sonstigen Entzündungserscheinungen (Calor, Dolor, Tumor). Besonders bemerkenswert ist der vom Verf. und E. F. Müller studierte Leukozytensturz nach örtlicher Bestrahlung mit Grenzstrahlen. Er tritt schon nach $^1/_{16}$ einer erythemerzeugenden Dosis auf und wird durch Vaguswirkung erklärt. Klinisch liegen die Vorteile der Strahlung in ihrer vollständigen Harmlosigkeit, da auch die nach stärkeren Überdosierungen auftretenden oberflächlichen Hautläsionen rasch und ohne Narbe abheilen, und bei den behandelten Hautkrankheiten besonders gute kosmetische Resultate erzielt werden. Verf. hat die überweiche Strahlung bei zahlreichen Dermatosen angewendet und glaubt, daß sie berufen ist, die gewöhnlichen Röntgenstrahlen in der Dermatologie in weitem Maße zu ersetzen. Vielversprechend sind auch die Resultate bei Störungen des autonomen Systems und endokrinen Störungen.

H. Holthusen-Hamburg.

Ist die „Grenzstrahlentherapie" nach Bucky vollkommen ungefährlich? I. Teil. Physikalische Untersuchungen, von H. Martenstein und D. Granzow-Irrgang, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Strahlenther., 1927, Bd. 26, H. 1, S. 162.) Die Anpreisung von Spezialapparaten zur Weichstrahlentherapie nach Bucky, die großzügig gestellten Indikationen und der verhältnismäßig geringe Preis lassen es geboten erscheinen, die Frage der von Bucky behaupteten Gefahrlosigkeit nachzuprüfen. Sie soll begründet sein in der Erfüllung der Hauptforderung einer exakt abgestimmten Tiefenwirkung, wobei die Haut in ihren einzelnen Schichten ins Auge zu fassen sei. Es war nachzuprüfen, ob schädigende Strahlenintensitäten in die Kutis, bzw. den Papillarkörper gelangen. Dabei konnten nach Buckys Meinung, die notwendigen Messungen nur ionometrisch vorgenommen werden, wozu er das Röntgendosimeter von Siemens benutzte. Dessen Kammerwand bewirkt jedoch bei den in Betracht kommenden Wellenlängen eine erhebliche Filterung. Im Laufe seiner verschiedenen Arbeiten setzt Bucky die Absorptionskraft der Haut gleich der von Zelluloid und später Wasser. Dabei sind die Zahlen, welche er bei den entsprechenden Spannungen für Zelluloid und Wasser nennt, sehr verschieden. Die Dicke der Epidermis, welche Bucky mit durchschnittlich $1^1/_2$ mm annimmt, schwankt regional zwischen 0,07 und 2 mm nach Spalteholz, bzw. 0,03 und 4 mm nach Rauber-Kopsch. Dazu kommt die verschiedene Dicke der Haut, je nach Rasse, Geschlecht und Alter. Angesichts so wechselnder anatomischer Verhältnisse scheint eine exakte Tiefendosierung bei der Weichstrahlentherapie kaum durchführbar, ohne die „Restitutionsschicht" zu schädigen. Allein auch ohne diese Schwierigkeiten erhält der Papillarkörper bereits $^1/_2$ ED bei einer Oberflächendosis von 1 ED und 6 KV. Nun gibt Bucky auch ein Vielfaches der ED bis zur Geschwürsbildung! Wahrscheinlich sind es deshalb die Spätschädigungen, die Bucky veranlaßten, im Laufe seiner Publikationen die Angaben über die zulässigen Betriebsspannungen beständig herabzusetzen. Am geeignetsten zu Messungen der Grenzstrahlen erwies sich der Kienböckstreifen. Schließlich gelang es, Aufnahmen der Meerschweinchenpfote, des Mäuseschenkels auch

Digitized by Google

bei niedrigsten Spannungen kontrastreich zu liefern, so daß die Ansicht Buckys, die in die Subkutis gelangenden Strahlenmengen seien praktisch bedeutungslos, fraglich erscheint. E. Kottmaier-Mainz.

Ist die „Grenzstrahlentherapie" nach Bucky vollkommen ungefährlich? II. Teil. Biologische Untersuchungen, von H. Martenstein und M. Juon, Derm. Univ.-Kl. Breslau. (Strahlenther., 1927, Bd. 26, H. 1, S. 177.) Die Versuche am Menschen mußten in der sicheren Erwartung von Spätschädigungen möglichst eingeschränkt werden. Mit wenig Ausnahmen wurde nur die Glutäalhaut in Ausdehnung von etwa einem 5-Pfennigstück bestrahlt. Die Applikation von 10 X nach Kienböck erzeugt bei allen benutzten Spannungen von 10, 9, 8, 7, 6, 5 KV eff. ein ungefähr gleichmäßig starkes Erythem, das übereinstimmend nach einer Latenzzeit von etwa 24 Stunden auftritt, nach etwa 1 Woche beginnende Pigmentbildung zeigt und während der Beobachtungszeit (bis zu 7 Wochen) weder zur Blasenbildung noch zur Schuppung führt. Die Intensität nimmt in den Tagen nach der Bestrahlung zu, wobei das Erythem einen bläulich roten Farbton annimmt. Appliziert man ein Mehrfaches (32—60 X), beträgt die Latenzzeit etwa $3^1/_2$—4 Stunden, die Intensität ist erheblich stärker, der livide Farbton tritt mehr in Erscheinung. Blasenbildung trat nicht auf. Hierzu müssen noch größere Oberflächendosen gegeben werden. Die histologischen Untersuchungen zeigten bei allen Spannungen, auch bei den jetzt noch als zu therapeutischen Zwecken zulässigen, eine frühzeitig erkennbare Einwirkung auf die Gefäße des Rete subpapillare. Auch die Zwischenschaltung einer Mäusehaut, ungefähr so dick wie die menschliche Epidermis, vermochte höchstens die Inkubationszeit um mehrere Stunden zu verlängern, die Reaktion am Kapillarnetz der Haut jedoch kaum herabzusetzen. Es ist nicht erstaunlich, daß Bucky nur mit einem Vielfachen der therapeutischen Dosis Epilation erzielt, denn der Bulbus pili liegt durchschnittlich etwa 30mal so tief, wie die Basalzellenschicht und etwa 8mal so tief wie das Rete subpapillare. Auf Grund dieser Ergebnisse warnen die Verff. vor der Weichstrahltherapie, da mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Spätschädigungen der Haut zu erwarten sind. E. Kottmaier-Mainz.

Weitere Untersuchungen über die sogenannte Grenzstrahlung, von G. Gabriel, Röntgeninst. Isr. Gem. Frankfurt a. M. (Strahlenther., 1927, Bd. 26, H. 1, S. 189.) Der von Bucky als für den Menschen unter Weichstrahltherapie charakteristisch angesehene Leukozytensturz kommt auch beim Tier zur Beobachtung. Bei Mensch und Tier tritt dieser Leukozytensturz jedoch auch bei Spannungen, wie sie in der Tiefentherapie gebräuchlich sind, in Erscheinung. Wenn dabei der tiefste Punkt des Leukozytensturzes erst später erreicht wird als bei der Grenzbestrahlung und der Ablauf etwas langsamer ist, so ist dies durch reine Absorptionsunterschiede der komplexen Strahlungen bedingt. Diese Reaktion der Leukozytenbewegung kommt auf dem Wege des vegetativen Systems zustande. Sowohl am sympathektomierten Arm wie auch an der durch Novokain umspritzten Ohrmuschel war nach intrakutaner Injektion von Aolan bzw. Röntgenbestrahlung des Hinterteiles des Tieres keine Veränderung der Zahlenkonstanz der Leukozyten zu erkennen. Es liegt kein Grund vor, den Begriff der HED in seiner grundlegenden Definition von Seitz und Wintz für den Anfang der Reaktion für die Grenzstrahlung abzuändern. Ihr Verlauf ist bei Spannungen bis 7 KV wesentlich stärker, was zur Vorsicht mahnt, besonders wenn es sich um vasolabile Personen handelt. Über die Erfolge der sogenannten Grenzstrahlung läßt sich Abschließendes nicht sagen. Gute Erfolge gaben Neurodermatitiden, chronisches Ekzem und Pruritus. Eine relativ gute Beeinflussung wurde bei Karzinomknötchen in der Haut und 2 Fällen von Kankroid gesehen. Ob es auch bei diesen überweichen Strahlen zu den in der bisherigen Hauttherapie bekannten Verdickungen des Unterhautbindegewebes kommt, muß die Zeit lehren.

E. Kottmaier-Mainz.

Röntgendosierung in der Hautpraxis, von Thedering-Oldenburg. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1019.) Auf Grund fast 20jähr. Erfahrung in der Hautbestrahlungspraxis warnt Verf. vor der Anwendung zu großer Dosen. Die einmalige Verabreichung einer ungefilterten Volldosis, die Enthaarung bewirkt und bis hart an die Erythemgrenze führt, gilt im allgemeinen als unschädlich, wenn auch von dieser Regel Ausnahmen bestehen; auch Bruchteile dieser Dosis, wiederholt verabreicht, können noch nach Jahren schwere Entartungserscheinungen auf der Haut zeitigen. Lange bevor die Haut auf eine Bestrahlung mit sichtbarer Farbenveränderung reagiert, kann eine schwere Schädigung der Kapillaren eingetreten sein. Bei allen Formen chronischer Ekzeme genügen für die einzelne Bestrahlung 0,1—0,2 X. Auch bei der äußeren Tuberkulose ist die Dosis einzuschränken. Verf. hat mit 0,5—1 X pro dosi vorzügliche Erfolge erzielt und stellt

Digitized by Google

energisch die Forderung auf, die in der Hautpraxis üblichen seines Erachtens nach um ein Mehrfaches zu hohen Dosen auf das Mindestmaß des Notwendigen zu beschränken.
M. Cohn-Dresden.

Wieviel R-Einheiten entspricht die HED?, von H. Küstner, Chir. Univ.-Kl. Göttingen. (Strahlenther., 1927, Bd. 26, H. 1, S. 120.) Auf Grund der Wintzschen Definition der HED wird eine Statistik der Angaben von 12 Instituten benutzt, um einen Mittelwert von 550 R, entsprechend der HED bei einer Mindestfilterung von 0,5 mm Zink oder Kupfer auf das Feld von 6 : 8 cm bei einmaliger Bestrahlung und Messung der Dosis bei freistehender Kammer mit dem Eichstandgerät zu berechnen. Die Gefahr einer Verbrennung ersten Grades liegt nach dieser Statistik bei 605 R, die zweiten Grades bei 660 R, die dritten Grades bei 715 R. Die für die HED angegebenen R-Zahlen lassen im Bereich der Tiefentherapie in keiner Weise auf einen Anstieg mit der Härte der Röntgenstrahlen schließen. Auch bis herunter zu 64 KV (Halbwertschicht 0,5 mm Kupfer) ist dies nach Untersuchungen Holthusens nicht der Fall, wohingegen nach Erfahrungen Stühmers die der HED entsprechende R-Zahl im Bereich der Hauttherapie (82 KV, 4 mm Al. bis zu ungefilterter Strahlung) auf etwa die Hälfte abnimmt.
E. Kottmaier-Mainz.

Über Richtlinien der Dosierung in der Röntgentherapie, von R. Schinz. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 25, S. 585—591.) Es ist dahin zu streben, daß eine gleiche Dosierung in dem Sinne erreicht wird, daß jeder nach den gemachten Angaben dieselbe Dosis reproduzieren kann. Dazu genügt die Angabe der Stärke nicht, da die Dosierung von Strahlungsenergie außer einer Quantitäts- noch eine Qualitätsangabe verlangt. Bei der Quantitätsmessung bestehen Schwierigkeiten darin, daß die Absorption von der Strahlenqualität abhängig ist und kein Parallelismus zwischen dem Strahleneffekt in einem Meßkörper und im biologischen Objekt besteht. Unter „Dosis" sollte im allgemeinen die auffallende Energiemenge, die Applikationsdosis verstanden werden; die biologische Dosierung wäre an und für sich die Methode der Wahl, ist aber nicht durchzuführen. Empfohlen ist sie in Form der HED, deren Feststellung als Toleranzgrenze der menschlichen Haut von Wichtigkeit ist. Ein Idealmeßgerät wird vielleicht überhaupt nicht gefunden werden können, am geeignetsten sind die Ionisationsinstrumente. Der Messung zugrunde zu legen wäre die mit „R" bezeichnete Einheit der Dosis („ein Röntgen") und es wäre eine Eichung der Röntgenstrahlendosimeter durchzuführen, durch die die Feststellung des R ermöglicht wird. Die Bestimmung der Strahlenqualität geschieht am besten durch Angabe der Halbwertschicht der gefilterten Restbestrahlung in Millimeter Kupfer. Mit diesen beiden Dosenangaben wäre eine vollkommene Klarheit zu erzielen. Von Angabe einer Tiefendosis soll Abstand genommen werden, statt dessen Angabe von Feldgröße, Fokushautabstand, Bestrahlungsdauer in Minuten, Filter, Bestrahlung in Milliampère. Neben der Standartdosimetrie ist als doppelte Dosissicherung die Sabouraud-Noiré-Pastille im einzelnen Bestrahlungsfalle als integrierendes Oberflächendosimeter anzuwenden.
E. Levin-Berlin.

Über wirksame und ökonomische Filterung, von A. W. Erskine-Cedar Rapids (Jowa). (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 4, S. 714.) Dem Idealfilter am nächsten kommt dasjenige Filter, welches die Übertragung des höchsten Prozentsatzes der Oberflächenstrahlung in die Tiefe ermöglicht, verglichen mit anderen Filtern, welche die für eine Oberflächendosis nötige Zeit äqualiter erhöhen. Beim Versuche wurde die Zeit abgelesen, welche benötigt wird, das Elektroskop der Ionisierungskammer auf der Oberfläche eines Wasserphantoms und in einer Tiefe von 10 cm zu entladen. Die Zahlen wurden für ungefilterte Strahlen und für verschiedene Filter mit allmählich zunehmender Stärke gewonnen. Der mit zunehmender Filterstärke (ausgedrückt als Tiefenprozentsatz) erzielte Tiefengewinn wurde in ein Verhältnis gebracht zu dem Verlust an Oberflächenintensität (ausgedrückt durch die Zunahme der Zeit, welche benötigt wird, um eine gegebene Ionisierungswirkung zu erzielen). Kupfer schneidet im Vergleich mit anderem Filtermaterial, besonders bei höheren Spannungen, am günstigsten ab. Auch ist reines Kupfer in gleichmäßig starken Platten leicht zu beschaffen. Die Grenze ökonomischer Erhöhung entspricht annähernd der Filterstärke, welche die Zeit der ungefilterten Dosis mit 5 multipliziert oder, um es anders auszudrücken, ist es die Stärke, welche 80% der ungefilterten Strahlung absorbiert. Die Grenze der ökonomischen Zunahme bei der Filterstärke variiert mit der Spannung.
E. Kottmaier-Mainz.

Moderne Indikationen der Röntgentherapie in der Chirurgie und deren Grenzgebieten, von G. v. Pannewitz, Chir. Klin. Akad. Düsseldorf. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 203/204, S. 523—538.) Bei Keloiden Abblassen und Weicherwerden. Sehr

Digitized by Google

gute Erfolge bei Warzen, leidliche bei beginnender Prostatahypertrophie. Bei endokrinen Drüsen sind die Erfolge wechselnde, was oft von der Natur des Tumors abhängt; gut reagieren Adenome der Hypophysis und die Thymushyperplasie. Als vorzügliches Unterstützungsmittel der chirurgischen Behandlung erwiesen sich Röntgenbestrahlungen bei pyogenen Infektionen (Parotitis, Achseldrüsenfurunkel, Mastitis); besonders auffallend ist dabei die prompte schmerzstillende Wirkung. E. Levin-Berlin.

Röntgenbestrahlung und Entzündung, von L. Heidenhain. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 19, S. 1154.) Zur Beseitigung eines Mißverständnisses, das sich in die Besprechung eines in den Acta radiologica erschienenen Aufsatzes von G. Holzknecht eingeschlichen hatte, präzisiert Heidenhain seinen Standpunkt nochmals dahin, daß man bei gut abgegrenzten Lymphdrüsenabszessen unter Umständen mit gutem Erfolg eine Röntgenvorbestrahlung anwenden kann, um erst 24—48 Stunden nachher den Abszeß zu eröffnen. Durch die Vorbestrahlung scheint die Heilung schneller zu erfolgen. Dieses Verfahren gilt jedoch nur, das sei betont, für gut abgegrenzte Abszesse ohne Neigung zum Fortschreiten der Entzündung. Im allgemeinen muß selbstverständlich jede nachgewiesene Eiterung unter allen Umständen möglichst schnell eröffnet werden.

F. Landauer-Berlin.

Experimentelle Untersuchungen zur Entzündungsbestrahlung, von R. Mittermaier, Chir. Univ.-Kl. Freiburg i. Br. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 203/204, S. 557 bis 574.) Bei der Beurteilung der Beeinflussung akuter Entzündungserscheinungen durch Röntgenstrahlen ist in Betracht zu ziehen, daß bei der Ausheilung derartiger Infektionskrankheiten die spezifische Immunität eine Rolle spielt, daß also untersucht werden muß, ob und in welcher Weise Immunitätsvorgänge durch Röntgenstrahlen beeinflußt werden, und daß es sich ferner wesentlich um örtlich begrenzte Erkrankungsherde handelt, daß also festzustellen ist, welche Veränderungen am Orte der Entzündung und in seiner Umgebung durch die Bestrahlung hervorgerufen werden. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf Immunitätsvorgänge ist einem unspezifischen Reiz gleichzusetzen, der nur wirksam sein kann, wenn zwar ein spezifischer, aber noch kein unspezifischer Reiz vorangegangen ist. Eine Steigerung von Immunitätsvorgängen spielt also sicher eine gewisse Rolle. Bedeutsamer ist aber die örtliche Beeinflussung der Entzündungsvorgänge, die darin besteht, daß in den Anfangsstadien die Entzündungserscheinungen zurückgedämmt und während der reparativen Phase das Granulationsgewebe angeregt wird. E. Levin-Berlin.

Die Wirkung der Röntgenstrahlen bei bakteriellen Entzündungen. Eine experimentell pathologisch-histologische und klinische Studie, von W. Schaefer-Oldenburg i. O. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 146, H. 2/3, S. 394.) Verf. untersucht im Tierexperiment die Wirkung der Röntgenstrahlen auf bakteriell-entzündliche Prozesse. Kaninchen werden mit einem speziell für sie virulenten Stamm des Staphylococcus aureus infiziert, teils bestrahlt, teils nicht bestrahlt. Nach gewissen Zeitabläufen wurden aus dem Entzündungsherd Haut-Unterhautbindegewebe-Muskellappen exstirpiert. Von einer Schrägagarreinkultur machte Verf. eine Abschwemmung von 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung und injizierte davon 1 ccm jedem Tier subkutan in den Oberschenkel. Alle Tiere wurden am gleichen Tage geimpft. Die bestrahlten Tiere bekamen lokal mit Neosymmetrieapparat, Groß-Metroröhre 20% der HED mit Schwerfilter, 30 cm Abstand (HED gleich 450 R). Die übrigen Körperteile wurden mit Bleiplatten abgedeckt. Histologisch findet sich zwischen bestrahlten und nichtbestrahlten Tieren kein Unterschied in der Zellqualität, wohl aber in der Quantität und in der Bindegewebsentwicklung. Klinisch ergab sich, daß bei bestrahlten Tieren der Abszeß schon kurz nach der Bestrahlung platzte, während er sonst bis zur Operation vollständig erhalten blieb und daß die Heilungsdauer bedeutend abgekürzt war. Röntgenbestrahlung bietet bei bakteriell-entzündlichen Erkrankungen gegenüber den alten, bewährten Methoden, Breiumschläge, Biersche Stauung usw., 2 Vorteile: exakte Dosierung und beliebig zu lokalisierende Tiefenwirkung. Doch rät Verf. die alten Methoden zugunsten der Röntgenbestrahlung nicht ganz aufzugeben, da diese in ihren Ergebnissen nicht einheitlich ist. Ihre inkonstante Wirkung ist nicht nur von der Virulenz der Bakterien bedingt, sondern auch von der Zeit. Das Gewebe wird erst für die Bestrahlung besonders empfindlich, wenn die Entzündung voll eingesetzt hat, d. h. wenn Kalor, Rubor, Dolor, Tumor bestehen.

E. Kottmaier-Mainz.

Die Behandlung der akut-eitrigen Entzündungen durch Röntgenstrahlen, von A. Kohler, Röntgenabt. Chir. Kl. Freiburg i. Br. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 203 bis 204, S. 539—556.) Die Röntgentherapie akut-eitriger Entzündungen gibt gute Er-

Digitized by Google

folge in auffallend schneller Zeit, sie ist jedoch keine selbständige Therapie, sondern nur ein allerdings hervorragendes Unterstützungsmittel der chirurgischen. Unmittelbar nach der Bestrahlung steigert sich der Entzündungsvorgang, nach kurzer Zeit tritt jedoch eine Verminderung des Exsudates und der Leukozyteneinwanderung und Nachlassen der Schmerzen ein. Die Wirkung der Röntgenstrahlen auf akute Entzündungsvorgänge ist eine unspezifische; die Bestrahlungen sollen im Beginne des Exsudationsstadiums erfolgen.

E. Levin-Berlin.

Action des rayons X sur la tumeur de Rous (Wirkung der Röntgenstrahlen auf den Rousschen Tumor), von A. Lacassagne, C. Levaditi und J. Galloway. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 22, S. 336—338.) Die Untersuchungen sollen die Differenzen klären, die in früheren Versuchen anderer Autoren sich ergeben hatten, je nachdem die Strahlen in vivo oder in vitro einwirken. Es zeigte sich, daß frische Stücke und Filtrate von Rous-Tumor ihre Virulenz trotz starker Bestrahlungen bewahrten, gleichgültig, ob diese auf den Tumor in vivo vor der Inokulierung oder in vitro eingewirkt hatten. Andererseits brachten sehr geringe Strahlendosen in geeigneter Applikation die Entwicklung dieser Tumoren, wenn sie an ihrer Stelle verblieben, zum Stillstand und desinfizierten sie.

E. Levin-Berlin.

Est-il possible de stériliser le testicule du lapin adulte par une dose massive de rayons X sans produire de lésion grave de la peau? (Ist es möglich, den Hoden eines erwachsenen Kaninchens durch eine starke Röntgendosis zu sterilisieren ohne schwere Schädigung der Haut zu bewirken?), von R. Ferroux und Cl. Regaud. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 22, S. 330—333.) Es steht die Frage zur Diskussion, ob bei sonst gleichen Verhältnissen die Wirksamkeit der Röntgenstrahlen eine größere ist, wenn die Dosis in einer Sitzung und kurzer Zeit oder wenn sie in kontinuierlicher, über lange Zeit ausgedehnter bzw. in durch genügende Pausen getrennter fraktionierter Weise verabfolgt wird. Um die Wirkung auf gewisse Karzinome zu beurteilen, kann man die ihr gleiche auf das Samengangsepithel gewisser Tiere zum Vergleiche heranziehen. Versuche an Kaninchen zeigten, daß durch einmalige Bestrahlung mit Coolidge-Röhre bei 180 Kilovolt, 3—5—8 mm Aluminium eine vollkommene Sterilisierung der Hoden nicht ohne schwere Nekrosen der Haut und des Rektums zu erzielen war.

E. Levin-Berlin.

Discordance des effets des rayons X, d'une part dans la peau, d'autre part dans le testicule, par le fractionnement de la dose: diminution de l'efficacité dans la peau, maintien de l'efficacité dans le testicule (Widersprechende Wirkung der Röntgenstrahlen, einerseits an der Haut, andererseits am Hoden bei fraktionierter Dosis: verminderte Wirksamkeit an der Haut, erhaltene Wirksamkeit am Hoden), von Cl. Regaud und R. Ferroux. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 431—434.) Die größere Wirksamkeit der fraktionierten Dosis auf die Hodensterilisierung kann als feststehend betrachtet werden. Während bei einer massiven Dosis sich an der Haut Nekrosen entwickeln, treten bei fraktionierter Dosis keine Schädigungen ein, es findet also im Gegensatz zum Hoden eine Verminderung der Wirksamkeit statt. Aus diesen Beobachtungen ergibt sich die Unsicherheit der Verallgemeinerung der radiophysiologischen Deduktionen und die Notwendigkeit, bei der Bestimmung der Wirkungen auf die Faktoren Intensität und Zeit besondere Rücksicht zu nehmen.

E. Levin-Berlin.

Über Röntgentiefenbestrahlung und vegetatives Nervensystem, von A. Rütz, Chir. Univ. Kl. Charité, Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 663.) Das Symptomenbild, das bei der Röntgenvergiftung entsteht, zeigt ausgesprochen vagotonische Erscheinungen, somit wird der Röntgenkater als Ausdruck einer Vagusreizung (Erbrechen, Schweißausbrüche, Erschlaffung des Tonus der peripheren Hautgefäße) angesehen. Manche Fälle reagieren auch entgegengesetzt im Sinne eines Sympathikotonus mit Herzklopfen und atonischer Obstipation, je nach der Konstitution des Pat., so daß eine bestimmte Regel über die Reaktion eines Falles nicht aufgestellt werden kann. Bei Kindern und im höheren Alter treten keine Allgemeinsymptome bei Bestrahlungen auf. Eine Röntgenbestrahlung kann wie eine Operation eine plötzliche Zustandsänderung hervorrufen, welche sich nicht am bestrahlten Organ, sondern am Gesamtorganismus auswirkt.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Die Behandlung des Zungenkrebses, von D. Quick-New York. (Strahlentherapie, 1927, Bd. 25, H. 4, S. 611.) Der Zungenkrebs ist eine der am schwersten zu behandelnden Typen maligner Erkrankungen. Nach verschiedenen Statistiken endet er in 75—90% tödlich. Die chirurgische Behandlung bietet in 20% der operablen Fälle

Digitized by Google

sichere Aussicht auf Heilung. Zu der Chirurgie ist als aussichtsvollstes Adjuvans die Bestrahlung der Zunge mit Radium getreten. Die Primärläsion wird durch Einführung Emanation enthaltender Nacktkapillaren in den Tumor angegangen. Anstatt der Glasröhrchen verwendet man in letzter Zeit Goldkapillaren, wodurch eine Verstärkung der Filterung erzielt wird. Diese Nacktkapillaren sind 3 : 0,3 mm groß. Die am meisten zufriedenstellende Wertigkeit ergaben Röhrchen, die 1 mc enthielten. Die Emanation nimmt pro Tag 15% an Stärke ab, so daß die Gesamtleistung eines solchen Röhrchens 132 mc-Stunden Radiumenergie entspricht, welche sich auf eine Periode von 14 Tagen verteilt. Im allgemeinen wird 1 mc-Röhrchen auf 1 ccm Tumorgewebe verwendet. Vor Einführung der Röhrchen macht Verf. eine externe Radium- oder Röntgenbestrahlung, um das Wachstum zu hemmen und bei Einführung der Röhrchen Versprengung von Tumorzellen in das normale Gewebe zu verhindern. Die Lymphdrüsen werden mit Radium, Röntgen oder konservativer Chirurgie kombiniert behandelt. Die an 414 nicht ausgewählten Fällen erzielten Erfolge ergaben den gleichen Prozentsatz klinischer Heilungen wie die operabeln Fälle der Chirurgie. E. Kottmaier-Mainz.

Über die gegenwärtige und die zukünftige Behandlung mit Radium und mit Röntgenstrahlen, von F. Tomanek-Prag-Vinohrady. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 4, S. 667.) In Amerika haben sich Röntgen- und Radiumbehandlung gleichmäßig nebeneinander entwickelt. In Europa sind die Pariser Institute und das Radium-Hemmet in Stockholm Oasen in der an Radium so armen europäischen Wüste. Wir sind zum Schaden der Sache zu einseitig zugunsten der Röntgenbestrahlung orientiert. Mit Ausnahme von gynäkologischen und evtl. internen Fällen sollte man immer dem Radium den Vorzug geben. Gerade in der Dermatologie, besonders bei der Lupusbehandlung, wurden mit der Quickschen Radiummethode große Erfolge erzielt. Die Entwicklung der Röntgenstrahlentechnik scheint sehr begrenzt, wenn man sie mit den Applikationsmethoden des Radiums in Vergleich stellt. Vom biologischen Standpunkt aus betrachtet, setzt uns das Radium, durch die Möglichkeit die Bestrahlungen lange fortzusetzen, in den Stand, die Neoplasmazelle in dem Augenblick ihrer Teilung zu treffen.

E. Kottmaier-Mainz.

The Skin Erythema Dose with a Combination of Two Types of Radiation (Die Hauterythemdosis bei der Mischbestrahlung mit zwei Strahlenqualitäten), von E. H. Quimba-New York. (Am. J. of Roentgenol., 1927, Bd. 17, Nr. 6, S. 621.) Es sollte die Frage entschieden werden, ob sich die erythemerzeugende Wirkung zweier Strahlungen verschiedener Qualität addiert. Zu diesem Zwecke wurde „der Schwellenwert der Erythemdosis", d. h. die Dosis, bei der in 80% der Fälle ein eben sichtbares Erythem erzeugt wird, für 2 Radiumstrahlungen sehr verschiedenen Durchdringungsvermögens festgelegt. Für beide Strahlenqualitäten wurde die Strahlung eines Emanationsröhrchens benutzt, das bei der weichen, im wesentlichen aus β-Strahlen bestehenden Strahlung mit 0,16 mm Messing und 1,2 mm Gummi gefiltert war, bei der harten aus 67% β-Strahlen und 33% γ-Strahlen bestehenden Strahlung mit 0,5 mm Silber, 1 mm Messing und 2,4 mm Gummi gefiltert war. Es zeigte sich, daß, um bei der kombinierten Bestrahlung die gleiche Erythemstärke zu erreichen wie bei der Einzelbestrahlung, von jeder Strahlung nicht die Hälfte, sondern $^3/_5$ gegeben werden mußte. Die verschiedene räumliche Verteilung der beiden Strahlungen sehr verschiedenen Durchdringungsvermögens kann dies Verhalten nicht erklären, denn dieses konnte durch größeren Abstand der Strahlenquelle bei der Weichbestrahlung ausgeglichen werden, ohne daß das Resultat dadurch beeinflußt wurde. Es ist daher anzunehmen, daß die verschiedenen Strahlungen entweder verschiedenartige Zellen beeinflussen oder verschiedene Bestandteile der gleichen Zellart. H. Holthusen-Hamburg.

Die äußere Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen, von F. Dautwitz-Amstetten. (Strahlenther., 1927, Bd. 26, H. 1, S. 45.) Es gibt keine allgemein anerkannte Dosiseinheit. Die Festsetzung der Strahlenmenge im Einzelfall hängt von individuellen Verhältnissen ab, ob sie in einer, oder in Teilsitzungen verabfolgt wird. Die biologische Wirkung von 4/3 mgeh/cm ist gleich 1 R.; mgeh/cm bezeichnet die Intensität eines Radiumpräparates in 1 cm Fokalabstand. Die γ-Strahlung wird bei Klavus, vereinzelten Verrucae, dem Angioma prominens des Kindesalters, seinen Operationsrezidiven und den selbst inoperablen Fällen von Kavernomen angewendet. Die flachen, dunkelroten Angiome mit totaler Röntgenunempfindlichkeit geben unter radioaktiver Strahlung wenigstens befriedigende Resultate. Für Keloide, auch röntgenresistente, ist Radiumbehandlung Methode der Wahl. Die plane Form des Lupus vulgaris, besonders mit disseminierten, in Narbengewebe eingebetteten Knötchen, ist im Gegensatz zur Röntgenbehandlung den

Digitized by Google

Radiumstrahlen zugänglich. Chronische Leukämien, Erythrämie und Lymphogranulomatose werden auch in röntgenrefraktären Fällen günstig beeinflußt. Die Lymphämie reagiert mindestens ebensogut wie die Myelämie; die Empfindlichkeit der Rezidive auf γ-Strahlen bleibt länger erhalten, als auf Röntgenstrahlen. Maligne Struma, auch röntgenresistent, reagiert oft glänzend auf äußere Radiumbestrahlung. Sie beeinflußt günstig: gutartige Gebärmutterblutungen (Myom), hämorrhagische Metropathien. Von den bösartigen Neubildungen sollen nur die zur Operation ungeeigneten Fälle der äußeren Bestrahlung zugeführt werden. Röntgenrefraktäre Hautkrebse sind noch radiumempfindlich. Dabei dürfte der Sitz des Krebses belanglos sein. Auch bei Operationsrezidiven, selbst des Carcinoma cutis, oder bei Befallensein der Lymphdrüsen sind noch günstige, jahrelang anhaltende Resultate erreichbar. Selbst röntgenrefraktäre Brustkrebse sprachen noch auf äußere Radiumbestrahlung an. Das für den chirurgischen Eingriff unter den Mundhöhlenkrebsen ungünstigste Karzinom der Tonsillen ist am besten mit Radium zu behandeln (äußere Bestrahlung und Strahlenträger vom Munde her). Bei den bösartigen Neubildungen der oberen Luftwege, des Verdauungstraktes und beim Gebärmutterhalskrebs dient die äußere Radiumbestrahlung zur Unterstützung der Strahlenträger im Körperinnern. Für die epibulbären Tumoren ist Radiumbehandlung Methode der Wahl.

E. Kottmaier-Mainz.

De l'effet de l'émanation du radium sur les microbes (Die Wirkung der Radiumemanation auf die Mikroben), von H. v. Schroetter. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 462.) Die verschiedenen Mikrobenarten zeigen eine verschiedene Sensibilität gegenüber der Radiumemanation, und zwar zeigen sich dabei Kokken und Bazillen stärker von einander verschieden als durch ihre morphologischen, physiologischen und pathogenen Eigenschaften. Unter dem Einflusse des Radiums nimmt nämlich die Länge der Bazillen bis auf das Fünfzigfache der normalen zu, während bei den Kokken keine Verlängerung zu Stäbchen stattfindet. Es kann danach von dem Begriff der Kokkobazillen Abstand genommen werden. Säurefeste und sich langsam entwickelnde Bazillen (z. B. Tuberkelbazillen) zeigen eine inkonstante und in jedem Falle geringe Verlängerung; bei verstärkten Dosen degenerieren sie und verlieren gleichzeitig ihre Virulenz.

E. Levin-Berlin.

Über den heutigen Stand der Curietherapie der Karzinome, von O. Schürch-Zürich. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 32, S. 761—765.) Überblick über den Entwicklungsgang der Radiumbehandlung. Zur Anwendung kommen Radium, Radiumemanation, Mesothorium; als Methoden: Radiumbehandlung auf natürlichem Wege (Einlegen von Radiumträgern in die Nase, Blase, Vagina usw.); intratumorale Radiumbehandlung (Radiumchirurgie); äußere Radiumbehandlung. Hautkarzinome unterliegen heutzutage fast ausschließlich der Strahlenbehandlung, Radium heilt oft noch, wenn Röntgen erfolglos war. Nävokarzinome sind von der Behandlung auszuschließen. Karzinome der Zervix reagieren sehr gut auf Radiumbehandlung auf natürlichem Wege. Die Erfolge beim Blasenkarzinom sind noch schlecht; beim Prostatakarzinom bewährt sich am besten Spickung mit Nadeln oder Röhrchen nach operativer Freilegung vom Perineum her, beim Peniskarzinom Behandlung mit Oberflächenapparaten. Beim Rektumkarzinom sind die Resultate schlecht, weil es sich meist um Adenokarzinome handelt. Bei Ösophaguskarzinomen kann man durch Einlegen von Radiumträgern länger dauernde Besserungen erzielen. Für Karzinome der Mundhöhle kommt besonders die Spickung in Betracht. Sollten Mammakarzinome sich als inoperabel erweisen, so kann Radiumbehandlung noch Heilung erzielen. Bei Sarkomen zeigten sich noch wenig Erfolge, höchstens bei Epulis.

E. Levin-Berlin.

Radium in Cancer. A Review of some Techniques (Radium bei Krebs. Überblick über die Technik), von A. B. Smith und S. M. Smith. (Edinburgh m. J., 1927, Bd. 34, Nr. 8, S. 445—455.)

E. Levin-Berlin.

Über die Radiumbehandlung der Aktinomykose des Gesichtes und des Halses, von S. A. Heyerdahl. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 4, S. 679.) 21 mikroskopisch sichergestellte Fälle von Aktinomykose des Gesichtes und des Halses wurden mit Radium behandelt. In der Mehrzahl der Fälle wurden konzentrierte, mit 1—2 mm Blei gefilterte Radiumpräparate verwendet. In allen Fällen resultierte vollständige Heilung, ohne Auftreten von Rezidiven. Bei den meisten konnte sogar ein sehr guter kosmetischer Effekt erzielt werden.

E. Kottmaier-Mainz.

Epithélioma chez un radiologiste guéri par la méthode du professeur Bordier de Lyon, auto-observation (Heilung eines Epithelioms bei einem Radiologen durch die

Digitized by Google

Methode des Prof. Bordier-Lyon; Selbstbeobachtung), von E. Marquès. (Presse méd., 1927, Nr. 59, S. 924.) Empfehlung der Elektrokoagulation beim Strahlenkrebs.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Über elektrische Therapie und Diathermie, von E. P. Cumberbatch-London. (Strahlenther., 1927, Bd. 25, H. 4, S. 757.) Verf. erprobte in großen Versuchsreihen die Behandlung blennorrhoischer Infektionen mit Diathermie. Die Gonokokkenarthritis kann mit Diathermie geheilt, im ungünstigsten Falle sistiert werden. Nach Schwinden von Schmerz und Schwellung ist es möglich, Massage usw. anzuwenden, ohne Gefahr des Wiederaufflebens des Prozesses. Diathermie ist ein Spezifikum gegen Zervixblennorrhoe und Urethritis bei Frauen. Die Erfolge stellen Dauererfolge dar. Auch Prostatitis und Samenbläschenerkrankungen wurden gonokokkenfrei. Sehr gut reagiert die blennorrhoische Salpingitis, wenn kein Eiter in der Tube ist. Versuche, akuten Tripper beim Mann durch Diathermie schneller zur Heilung zu bringen, mißlangen. Auch Krebs läßt sich durch Diathermie vielfach beeinflussen. Bei malignen Tumoren wird operative Diathermie mit gutem Erfolg angewendet. Ihre Vorteile sind: äußerst rasche, fast unblutige Zerstörung des Tumors, Obliteration der den Tumor versorgenden Gefäße und dadurch Verringerung der Metastasierungsgefahr, schnelle Beseitigung aller Krankheitssymptome. Bei Ulcus rodens wurden anscheinend Dauerheilungen erzielt, nachdem andere Methoden versagt hatten. Auch einzelne Fälle von Mammakarzinom und Zervixkarzinom ohne Metastasen sind heute noch beschwerdefrei. Verf. kommt nach langjährigen Erfahrungen zu der Überzeugung, daß wir in der Diathermie bei der Behandlung maligner Neubildungen ein gutes Adjuvans, im Kampfe gegen die Blennorrhoe aber die schärfste Waffe besitzen. Weiterhin verwendete Verf. die Diathermie gegen Schmerzen und Sphinkterkrämpfe bei Hämorrhoiden. Auch sah er einige Lupusfälle rezidivfrei. Die neuesten Versuche gelten der Koagulierung hypertrophischer Tonsillen. Die wenigen bisher behandelten Fälle reagierten günstig. Verf. lehnt die Ansicht ab, daß tieferliegende Organe durch Diathermie erwärmt werden können. Die Wirkung ist auf die Erwärmung des Blutes und die Herabsetzung seiner Viskosität zurückzuführen.
E. Kottmaier-Mainz.

Kosmetik

Anwendung der Milch- und Sahne-Firnisse in der ärztlichen Kosmetik, von M. Steiner-Duisburg. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 24, S. 889.) Empfehlung des „Milkuderm-Firnis" nach Bruck als Hautkosmetikum sowie zur Nachbehandlung der Akne und Komedonenbildung. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zirkulationsstörungen und Hämorrhagien

Zwei seltene Fälle von Angioneurosis, von Trojetzki. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 14/15.) Das Ödema Quincke oder der Hydrops hypostrophus Schlesinger gehört zum Grenzgebiet der Dermatologie und Neurologie. Verf. beschreibt zwei merkwürdige derartige Fälle, in dem einen stellte sich bei einem 16jähr. Jüngling, wenige Stunden nach Tragen des ersten Kneifers, eine Schwellung zuerst der Nase, sowie des Gesichts mit Übergang auf den Gaumen, Rachen und Kehlkopf ein. Tod infolge von Glottisödem, ehe noch eine Tracheotomie ausgeführt werden konnte. Im zweiten Fall wurde zum Verf. ein 11 Monate altes Kind wegen Temperatursteigerung gebracht. Um den Rachen zu inspizieren, drückte er ziemlich stark mit dem Mundspatel auf die Zunge. Wenige Minuten danach wurde das Kind blau und rang nach Luft. Mit Gewalt brachte der Arzt die Zähne auseinander und fand eine kolossale Schwellung der Zunge, welche aber nach einiger Zeit ohne Folgen verging. A. Jordan-Moskau.

Gefahren der Varizenentfernung, von F. Hagen und F. Padberg-Dortmund (Klinik Fabry). (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 15, S. 536.) Drei Fälle, in denen es einige Zeit nach intravenösen Sublimatinjektionen zwecks Varizenverödung zu fortschreitender Thrombophlebitis mit Thrombose der Vena portae, lienalis, der meisten Arterien und Venen des Mesenteriums (3 Wochen nach der Injektion; Exitus) bzw. Lungenembolie (12 Tage nach der Injektion, Exitus; 17 Tage nach der Injektion mit anschließendem schweren Krankheitsbild, das 8 Monate dauerte, Genesung) kam. Für den letzten Fall wird eine besondere Neigung zu Thrombosierungen angenommen; ein Zusammenhang der Thrombosen mit der Injektion wird in den beiden ersten Fällen auf Grund des Sektionsergebnisses abgelehnt. In den drei beschriebenen Fällen war eine schwächere Sublimatdosis (0,25 bzw. 0,5 bzw. 0,75) statt der sonst üblichen (1,0—2,0 einer 1%igen Lösung) ver-

Digitized by Google

wandt worden; vielleicht ist hierdurch ein weniger festhaftender Thrombus erzeugt worden. Unter Hunderten anderer Fälle keinerlei Schädigungen; Hervorhebung der Vorteile der Verödung gegenüber dem chirurgischen Verfahren. Jetzt Verwendung einer 20%igen NaCl-Lösung oder des Varikophtins; Krankenhausaufnahme für zwei Tage. Trotz der oben beschriebenen Fälle stehen Verf. auf dem Standpunkt, daß die Varizenverödung ihre Berechtigung habe. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Behandlung der Krampfadern mit Zuckerinjektionen, kombiniert mit Venenligatur, von L. Moszkowicz-Wien. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 28, S. 1732.) Verf. injizierte 20—40 ccm einer 50—60%igen Traubenzuckerlösung, der auf je 10 ccm ein halber Tropfen Suprarenin zugesetzt war, um dadurch eine verläßlichere Schrumpfung der Venen zu erzielen. Der Injektion wird die Unterbindung der Vene vorausgeschickt, und zwar nicht an der üblichen Unterbindungsstelle, an der Einmündung der Saphena in die Femoralis, sondern an dem jeweils höchsten Punkt der erweiterten Vene, wobei jedoch nicht über das mittlere Drittel des Oberschenkels hinausgegangen wird. Der Eingriff kann ambulant durchgeführt werden. F. Landauer-Berlin.

Des varices du membre inférieur, spécialement au point de vue de l'étiologie et du traitement chirurgical (Die Varizen der Unterextremität, speziell vom Standpunkt der Ätiologie und chirurgischen Behandlung), von A. Berntsen, Chir. Kl. Kopenhagen. (Acta Chir. Scand., 1927, Bd. 62, H. 1/2, S. 61.) Die Ätiologie wird durch Untersuchungen an Leichen, durch klinische Untersuchung von Patienten mit Varizen in verschiedenen Stadien und schließlich durch makroskopische Untersuchungen normaler und variköser Venenwände beleuchtet. In Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen wird bestätigt a) die Bedeutung der Erblichkeit, b) das häufige Vorkommen bei Frauen, c) der Umstand, daß die Varizen meist vor dem 30. Jahre auftreten. Vorkommen meist an beiden Knien. Vier Typen: a) isolierte sackförmige, b) geschlängelte, c) gleichmäßig dilatierte, hypertrophierte, sonst normale Venenpartien, die zwischen den eigentlichen Varizen liegen und d) feine kutane Dilatationen. Als wahrscheinliche Ursache der Varizenbildung konnte Atrophie der Mediamuskulatur nachgewiesen werden, während das elastische Gewebe in den frühen Stadien die Dilatation durch Hypertrophie zu verhindern sucht. Ausgedehnte Varizenexstirpationen geben die besten Operationsresultate, vermutlich deshalb, weil man dadurch die abnorme Blutzufuhr durch insuffiziente Klappen in aufwärts gelegenen Partien und in den Anastomosen zu den tiefen Venen absperrt. Man soll jedenfalls operieren, bevor die Folgeerscheinungen zu stark entwickelt sind; auch bei relativ alten Patienten kann man gute Resultate sehen. Gegen operative Behandlung spricht: die Emboliegefahr (7,2% von 376 Patienten, davon 0,7% mit tödlichem Ausgang). Die eventuell günstige Wirkung der Operation verliert sich allmählich mit den Jahren; sehr wichtig ist das ständige Tragen von Binden nach der Operation. Mit sehr lehrreichen Abbildungen über den anatomischen und histologisch-mikroskopischen Befund. M. Stern-München.

Injection Treatment of Varicose Veins and Their Sequelae on Basis of 500 Treated Cases (Injektionsbehandlung der Varizen und deren Folgen auf Grund von 500 behandelten Fällen), von V. Meisen-Kopenhagen. (Acta Chir. Scand., 1927, Bd. 62, H. 1/2, S. 17.) Bei den 500 (130 Männer, 370 Frauen) behandelten Fällen waren 135 mit Ulcus cruris und 40 mit chronischem Ekzem des Unterschenkels kompliziert; bei 55 derselben war Phlebitis in der Anamnese notiert, was prognostisch von Bedeutung ist. Sehr wichtig ist die Technik der Untersuchung (Patient muß erhöht abwechselnd auf einem Fuße stehen usw.) und der Injektionen, wozu meist eine 18%ige Salizyl-Chlornatriumlösung, wenn diese nicht wirksam genug, eine 25 oder höchstens 30%ige Lösung — jedesmal 10 ccm — verwendet wird. Leichtere Komplikationen während der Behandlung sind die Nekrosen, welche auch zu Phlegmonen Anlaß geben können, außerdem sind auch zweimal Infarkte nach Injektion von 20—25 ccm vorgekommen. In keinem Falle Tod oder dauernde Invalidität Bei 2223 Injektionen gab es in 1,6% Komplikationen, die aber in den letzten 4 Monaten mit neuer Technik und Injektionsflüssigkeit gänzlich vermieden wurden. In weiteren 30 Fällen von Hämorrhoiden hat die Methode ausgezeichnete Resultate gegeben. Die Injektionsbehandlung sollte jedenfalls die operative ersetzen, da sie weniger gefährlich ist und speziell in bezug auf die Komplikationen, Ulcus cruris und Ekzema wirksam ist. Ulcus cruris beruht tatsächlich immer auf Varizen, selbst wenn diese äußerlich nicht sichtbar sind. Von 500 Operierten rezidivierten 14 und wurden mit Injektionen behandelt. Der Venendruck wurde immer erhöht befunden, aber zwischen der Höhe desselben und der Ausdehnung der Komplikationen ist kein Verhältnis festgestellt worden. M. Stern-München.

Digitized by Google

Traitement ambulatoire simplifié des ulcères variqueux. „Le pansement élastique rare" (Vereinfachte ambulante Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre [„Lockerer elastischer Verband"]), von Aimes-Montpellier. (Progr. méd., 1927, Nr. 30, S. 1164.) Die beste Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre ist die Kombination von sklerosierenden Einspritzungen in die Vene mit Unnaschem Zinkleimverband. Da letzterer jedoch umständlich und kostspielig ist, wird an seiner Stelle das Anlegen von $^1/_2$ cm breiten Zinkpflaster empfohlen, die unter einem gewissen Druck von 2—3 Querfinger unterhalb bis ebensoweit oberhalb des Geschwürs angelegt werden, das Bein jedoch nicht in der ganzen Peripherie umfassen sollen. E. Levin-Berlin.

Therapie der Unterschenkelgeschwüre, von G. A. Schiller-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 15, S. 550.) Empfehlung der Makabin-Salbe (1%ige Sozojodol-Hydrargyrum-Salbe) sowie eines Sozojodol-Hydrargyrum-Streupulvers.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zur Behandlung der spontanen Gangrän der Haut, von S. Kedrow. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 16.) Der Kampfer ist das einzige Mittel, welches imstande ist, bei gangränösen Schankern dem Weiterkriechen des Prozesses Einhalt zu bieten. Er wirkt ebenfalls gut auf alle torpiden Geschwüre, besonders in Verbindung mit Heftpflasterstreifenumwicklung nach Bainton. Salvarsaninjektionen und lokale Anwendung des Kampfers bilden ein sicheres Mittel bei der sogenannten Spontangangrän der Haut.

A. Jordan-Moskau.

Spontangangrän des Unterarmes — Unfall?, von Oberndorfer, Path. Inst. Krkhs. München-Schwabing. (M. m. W., 1927, Nr. 32, S. 1369.) In einem ausführlichen Gutachten wird unter Erörterung aller Möglichkeiten, die zu einer Gangrän bei einem jugendlichen Individuum führen können, der Zusammenhang zwischen der Verbrennung der Finger der rechten Hand und dem brandigen Absterben des Unterarms bei einer $19^1/_2$jähr. Pat. abgelehnt.

M. Cohn-Dresden.

Urtikaria und Erytheme

Die Behandlung der Urtikaria mit Keimdrüsenhormonen, von C. Pariser-Bad Harzburg. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 4, S. 188.) Verf. teilt 4 Krankengeschichten von Heilung schwerster Urtikaria durch Ovarial- bzw. Testispräparate mit. Er verwendet Rejuven mascul. bzw. feminin. Es muß mit einem Latenzstadium der Wirkung von $2^1/_2$—3, ja gelegentlich bis 6 Wochen gerechnet werden. Anfängliche Erotisierungssymptome pflegen spontan wieder abzuklingen. Beachtenswert ist, daß selbst bestehende Idiosynkrasien gegen Erdbeeren durch diese Behandlung schwanden. Kurz erwähnt werden gleich gute Erfolge bei Pruritus.

D. Tangl-Eger.

Urticaire et phénomènes de choc déclenchés par l'effort musculaire; étude pathogénique et thérapeutique (Urtikaria und Chok-Phänomene, ausgelöst durch Muskelanstrengung. Pathogenetische und therapeutische Studie), von P. Vallery-Radaut, P. A. Carrié, P. Blamoutier und M. Laudat. (Presse méd., 1927, Nr. 47, S. 737.) Experimentelle Versuche an einer 29jähr. Pat., die bereits mit 7 Jahren an Asthma litt. Dieses verschwand mit 25 Jahren. Jetzt leidet sie an hochgradiger Urtikaria. Verf. läßt Pat. auf der Stelle springen. Effekt: Nach 2 Minuten Erytheme an verschiedenen Körperstellen, Blutdrucksteigerung. Genaue zeitliche Beobachtung. Verschwinden der Erscheinungen nach etwa 4 Stunden. Pat. selbst beobachtete das Auftreten der Urtikaria, verbunden mit Übelkeit, Schwäche, Schwindel immer nach körperlichen Anstrengungen. Weitere Untersuchungen betrafen Veränderungen der Leukozyten: Leukozytose dann Leukopenie; der Alkalireserve: Verminderung, ferner Erhöhung des Serum-Albumins. Koagulation und Präzipitation des Blutes unverändert. Intravenöse Na-bicarb.-Injektion verhinderte das Auftreten trotz starker Muskelanstrengung. Insbesondere vermindert sich die Alkalireserve nicht. Im Gegensatz hierzu löste Na-Hyposulfid i. v. typische Anfälle aus. Mehrere Kurven und Tabellen veranschaulichen die Versuche. Es handelt sich um eine Störung des kolloid-plasmatischen Gleichgewichts oder kolloidoklastische Diathese. In der Familie viel Asthma. Im übrigen Ätiologie unbekannt.

H. Colman-Berlin.

Überempfindlichkeit gegen Kautschuk als Ursache von Urtikaria und Quinckeschem Ödem, von G. Stern, Med. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 23, S. 1096.) Verf. beschreibt einen Fall einer schweren Urtikaria über den ganzen Körper und ausgedehntes Quinckesches Ödem im Gesicht bei einer 48jähr. Frau. Die Ursache wurde in einer Kautschukplatte für eine Zahnprothese gefunden. Nach Fortlassen dieser Kautschukplatte und Ersatz durch eine Metallplatte blieben die Erscheinungen fort. Ein

Digitized by Google

kleines Stückchen Kautschuk in den Mund gelegt, rief bereits nach 2 Stunden die ersten Quaddeln und nach 8—10stündigem Liegenlassen das alte schwere Krankheitsbild hervor.
E. Langer-Berlin.

Erythema nodosum. Beziehungen zu anderen Krankheiten und besonders zur Tuberkulose, von R. Massini. (Schweiz. m. W., 1927, Nr. 30, S. 708—713.) 29 Fälle von Erythema nodosum wurden genau untersucht und, soweit möglich, später weiter verfolgt. Die Frage der Ätiologie wird dadurch erschwert, daß manche Fälle atypisch, daß Übergänge zum Erythema exsudativum multiforme, auch Verwechslungen mit Erythema induratum und anderen Krankheiten vorkommen. Die am häufigsten behauptete tuberkulöse Ätiologie des Erythema nodosum ist nicht bewiesen, doch scheinen Beziehungen zu ihr zu bestehen, mit Rücksicht darauf ist auch die Prognose vorsichtig zu stellen. Die Beziehungen können darin bestehen, daß Tuberkulose, besonders akute Formen, zu Erythema nodosum disponieren, daß letzteres eine Krankheit sui generis ist und zu Tuberkulose disponiert, daß es eine besondere Form von Tuberkulose ist (akute exsudative Tuberkulose). Weniger zahlreich sind die Beziehungen zum akuten Gelenkrheumatismus oder anderen Rheumatismen. Die ersten beiden Modalitäten erscheinen am wahrscheinlichsten, weniger annehmbar die Trennung in 2 Formen, a) Erythema nodosum sui generis (primäres E. n.). b) Symptomenkomplex (ominöse Form des E. n., sekundäres E. n.), der besonders bei frischer Tuberkulose, ferner bei Masern, Lues, Blennorrhoe, Diphtherie, Typhus, Malaria, Trichophytie, Lepra vorkommt. Es gibt keine Möglichkeit, diese beiden Formen voneinander zu trennen.
E. Levin-Berlin.

Herpes

Untersuchungen über Herpes simplex und Zoster, von H. Freund und B. Heymann, Hautkl. und Hyg. Univ.-Inst. Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Inf.-Krkht., 1927, Bd. 107, H. 3/4, S. 592.) Eine Sonderstellung des Herpes genitalis ist durch die Tierexperimente nicht zu beweisen. Insbesondere ist auch die von einigen beobachtete geringere Virulenz durch die Grade der bei dieser Herpesform besonders oft sich einstellenden Sekundärinfektion bedingt. Nicht getrübter Blaseninhalt aus Anfangsstadien ist ebenso virulent und ebenso stark neurotrop wie Herpesmaterial anderer Herkunft. Auch bei extragenitalen Herpesfällen wurde bei einem von frischen und klaren Bläschen stammenden Ausgangsmaterial die stärkste Virulenz beobachtet. — Bei Meerschweinchen, die an der Planta pedis geimpft waren, wurden bisweilen 3—5 Wochen nach der Infektion trophische Störungen — Ulzerationen bis zu Abfall eines ganzen Fußes — beobachtet. Herpesvirus konnte in diesen Geschwüren nicht nachgewiesen werden. Da andererseits diese Tiere besonders starke Entzündungen bis zu Erweichungen im Ischiadikus oder im Lendenmark vorwiegend oder ausschließlich auf der der erkrankten Extremität entsprechenden Seite hatten, so werden mit dieser Nervenaffektion diese „postherpetischen Geschwüre" in Verbindung gebracht. Ebenso werden zweimal beobachtete herdförmige Haarausfälle gedeutet. — Plantare Herpesimpfung mit nachfolgender Vakzination ergab weniger umfangreiche Blasen, Vorbehandlung mit Vakzine und nachträgliche Herpesübertragung schnellere Abheilung als bei Kontrollen. — „Außer Sekundärbläschen erster Ordnung", wie sie auch sonst schon in der Umgebung der Impfstelle beobachtet worden sind, beschreiben die Verff. solche „zweiter Ordnung" vorzugsweise am Genitale, besonders am Präputium. Im Gegensatz zu jenen erster Ordnung läßt sich in ihnen Herpesvirus nicht nachweisen. — Zosterblaseninhalt und Serum von Zosterkranken wurde teils auf das Präputium von Meerschweinchen, teils auf Kaninchenkornea verimpft, ersteres in $^1/_8$ der geimpften Tiere mit positivem Erfolg. In den entstandenen zarten Bläschen konnte durch Übertragung auf die Kaninchenkornea Herpesvirus nicht nachgewiesen werden; weitere Übertragung auf das Meerschweinchenpräputium gelang einmal unter 4 Versuchen (histologische Befunde stehen noch aus). Kontrollimpfungen mit unspezifischem Material ergaben aber auch in 5% der Fälle ähnliche Erscheinungen. Wegen dieser geringeren Frequenz halten Verff. die Ergebnisse der Zosterimpfung doch für spezifisch. Vielleicht liegt beim Zoster dieselbe besondere Modifikation des Herpesvirus vor, wie bei den Sekundärbläschen zweiter Ordnung. Korneale Impfung bei Kaninchen mit Zostermaterial ergab unter 11 Versuchen 4 uncharakteristische und eine stärkere Reaktion mit mäßig zahlreichen „Zosterkörperchen". Mit Gehirnbrei solcher Kaninchen ließ sich zweimal die Infektion korneal weiter übertragen. — Impfung mit Varizellenmaterial verlief stets negativ.
F. Wohlwill-Hamburg.

Animaux réfractaires à l'encéphalite herpétique (Gegen Encephalitis herpetica refraktäre Tiere), von P. Remlinger und J. Bailly. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97,

Digitized by Google

Nr. 20, S. 109—111.) Ein sehr stark neurotropes Herpesvirus wurde mit Erfolg auf Katze, Hund, Taube übertragen, die bisher als refraktär galten, ferner auf Gans und Igel, bei denen zuvor noch keine Untersuchungen stattgefunden hatten. Refraktär zeigten sich hingegen alle Kaltblüter (Fische, Amphibien, Reptilien), die auch gegen Hundswut refraktär sind, sowie von für Hundswut empfänglichen Pferd, Maulesel, Ziege, Huhn, Ente, Sperling, Bussard. Das Herpesvirus wird jedoch bei diesen Tieren nicht unmittelbar zerstört, vielmehr sind dazu mindestens 3 Tage erforderlich. E. Levin-Berlin.

Prurigo und Pruritus

Zur Behandlung des Hautjuckens, von C. Bruck-Altona. (D. m. W., 1927, Nr. 34, S. 1431.) Zur Behandlung von essentiellem Pruritus, Urtikaria, Strofulus, Prurigo, ferner sekundärem Juckreiz bei Ekzemen, Neurodermitis, Lichen ruber empfiehlt Verf. ein nach seinen Angaben von der Chem. Fabrik Milkal, Hamburg hergestelltes Präparat „Magnobrol", das aus Magnesium, Brom und Glykokoll besteht. An drei aufeinanderfolgenden Tagen werden je 10 ccm Magnobrollösung intraglutäal injiziert und gleichzeitig dreimal täglich ein Teelöffel Magnobrolpulver innerlich verabreicht. Nebenerscheinungen wurden nie beobachtet. Die Injektionen sind schmerzlos. Tritt nach dreitägiger Behandlung kein kurativer Erfolg ein, so ist von einer Fortsetzung der Injektionen kein Effekt mehr zu erwarten. Bei eintretender Besserung dagegen kann die Behandlung unbedenklich noch eine Zeitlang fortgesetzt werden. F. Harry-Wiesbaden.

Über Heilerfolge mit Bromostrontiuran bei der Therapie des primären Pruritus, von Spindler-Düsseldorf. (D. m. W., 1927, Nr. 35, S. 1472.) Bericht über 2 Fälle von primärem Pruritus. Heilung durch intravenöse Injektionen von Bromostrontiuran. F. Harry-Wiesbaden.

Thermische und traumatische Hautschädigungen

Zur Behandlung der Verbrennungen nach Tschmarke, von K. Reschke, Chir. Univ.-Kl. Greifswald. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 146, H. 4, S. 763.) Verf. wendet sich gegen die Bedenken, die von verschiedenen Autoren gegen diese Methode erhoben werden, die darin besteht, daß die Verbrennungswunden zuerst einer gründlichen Reinigung mit Wasser, Seife und Spiritus in Narkose unterzogen werden. Eine Gefahr dieser Behandlungsart für den Patienten besteht nicht, dagegen ergeben sich für den weiteren Wundverlauf, wie vergleichende Untersuchungen zeigen, große Vorteile. Niemals zeigte sich bei den so behandelten Patienten eine Infektion, nie ein Erysipel, nie kam es zu einem Abszeß oder einer Phlegmone; die Heilung machte schnellere Fortschritte, niemals traten Gelenkkontrakturen auf. B. Peiser-Berlin.

The Treatment of Burns in Children (Die Behandlung von Verbrennungen bei Kindern), von J. Fraser-Edinburgh. (Brit. med. J., 1927, Nr. 3467, S. 1089.) Die Allgemeinbehandlung hat die im Beginn auftretende Chokwirkung durch Stimulantien zu beheben und durch Sedativa die Schmerzen zu mildern; das Hauptaugenmerk ist auf die Beseitigung der Vergiftungserscheinungen zu legen, was durch Zufuhr von Alkalien zu erzielen ist. Dadurch wird die durch Schwund der Alkalireserven auftretende Gefahr der Azidosis behoben. Dies geschieht am besten durch innerliche Gaben von Natrium phosphoricum (20,0—30,0 4stdl.), das nicht so rasch wie doppeltkohlensaures Natrium ausgeschieden wird. Auch rektale Gaben einer 5%igen Lösung des Salzes können verabreicht werden. Daneben ist durch Zufuhr einer 5%igen Glukoselösung der durch Veränderungen an den Leberzellen gestörte Zuckeraufbau zu beheben. Als weiteres den Toxinen entgegenwirkendes Mittel ist das Urotropin wertvoll, ferner Aderlaß mit nachfolgender Bluttransfusion. Die lokale Behandlung kann entweder durch fixierende Mittel, wie Umschläge mit absolutem Alkohol, Pikrinsäure, Alaun-Methylenblaulösung, Adrenalin oder Tannin die Produktion und Resorption der Toxine zu verhindern suchen oder auf chemischem Wege, mittels Behandlung mit alkalischen Lösungen (10% $NaHCO_3$), die toxischen Substanzen neutralisieren. B. Peiser-Berlin.

Les blessures de la main et des doigts par crayons d'aniline (Die Verletzungen der Hand durch Tintenstifte), von M. Iselin. (Presse méd., 1927, Nr. 30, S. 467.) Bericht über einen Fall bei einem 32jähr. Mädchen, Verletzung am Endglied des linken Zeigefingers, wobei ein Stück von der Spitze im Gewebe zurückblieb. Nach 10 Tagen Inzision der entstandenen Schwellung. Fistelbildung mit Aussickern von blau gefärbter Flüssigkeit. Später Entfernung alles blau gefärbten Gewebes. Das Röntgenbild zeigt ausgesprochene Dekalzifizierung der Endphalanx. Heilung erfolgte nach viermaliger Bestrahlung mit ultraviolettem Licht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Impetigo, Pyodermie, Diphtherie

The Treatment of Impetigo Contagiosa by Means of Ultra-Violet Rays (Behandlung der Impetigo contagiosa mittels Ultraviolettlicht), von J. B. Ellison. (Lancet, 1927, Bd. 212, Nr. 5417, S. 1343.) Nach Beschreibung seiner Versuchs- und Kontrolltiere kommt der Verf. zu dem Schluß, daß 1. Ultraviolettlicht einen geringen Heileffekt auf die Impetigo contagiosa hat, daß 2. die Allgemeinbelichtung der Lokalbelichtung vorzuziehen ist und daß 3. Lichtverbrennungen dritten Grades zu vermeiden sind.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Die lokale Immunisierung der Haut nach Besredka bei Pyodermien, von Pomuss. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 11/12.) Die Methode der lokalen Immunisierung nach Besredka kann, nach den Versuchen des Verf., in der Dermatologie keine große Verbreitung finden, da bei akuten Prozessen, wie Furunkeln und Pyodermien, dieses Verfahren keinen Vorzug vor den anderen therapeutischen Methoden hat und bei den chronischen, schweren Erkrankungen dasselbe nur bei langdauernder Anwendung nützt. In hartnäckigen Fällen von Sykosis, wo die üblichen Behandlungsmethoden versagten, kann es empfohlen werden. A. Jordan-Moskau.

Über nekrotisierende Hautentzündungen, von A. Most, St.-Georg-Krkhs. Breslau. (Bruns Beitr., 1927, Bd. 140, H. 2, S. 213.) Zwei Fälle, bei denen es sich um eine Sekundärinfektion der Wunde handelte, denn erst 4 Wochen nach der Inzision einer tiefen Beckenphlegmone trat die deletäre, nekrotisierende Hautentzündung auf. Im anderen Falle handelt es sich um eine auf hysterischer Basis stattfindende künstliche Reizung der Wunde. M. Cohn-Dresden.

Hautdiphtherie, von H. Biberstein, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 26, S. 1242.) Übersichtsreferat.

Ekzem, Rosacea

Die Rolle der Überempfindlichkeit bei den Ekzemen, von P. Tachau-Braunschweig. (M. Kl., 1927, Nr. 25, S. 933—936 und Nr. 26, S. 974—977.) Wesentlichster Grundsatz der Ekzemlehre ist, daß jedes Ekzem auf die Wechselwirkung von ekzematogenem Reiz und Ekzemdisposition der Haut zurückzuführen ist. Die Disposition beruht auf einer krankhaften Veranlagung in der Haut selbst. Es ist dabei die einfache Überempfindlichkeit von der echten Idiosynkrasie zu trennen, bei der eine nicht in dem Wesen des schädlichen Agens, sondern in dem betreffenden Menschen selbst begründete Reaktion schon bei erstmaliger Berührung mit einem Stoffe auftritt. Die Sensibilisierung, Steigerung der Empfindlichkeit der Haut durch eine bestimmte Einwirkung auf die gleiche oder andere Einwirkung, kann beim Ekzem eine spezifische oder unspezifische sein. Die Sensibilisierung von außen kann sich auf die Stelle beschränken, auf die der Reiz einwirkte, oder sich auf größere Teile des Körpers verbreiten. Außer von der Sensibilisierung hängt die Lokalisation des Ekzems von der Exposition ab. Die Sensibilisierung kann nach einiger Zeit schwinden oder dauernd bleiben. Als primärer Angriffspunkt der Reize wird die Epithelzelle betrachtet, die damit auch der Sitz der Antikörperbildung wäre; außerdem kommt aber vielleicht noch der Papillarkörper infolge seiner funktionellen Einheit mit der Epidermis in Frage. Als von außen her ekzematogen wirkend ist eine große Zahl von Stoffen bekannt. Was im speziellen Falle die Ursache ist, kann unter Umständen durch die funktionelle Prüfung mit Testsubstanzen festgestellt werden. Bei den inneren Ekzemreizen handelt es sich gewöhnlich um künstlich zugeführte Stoffe, während im Organismus selbst gebildete Stoffe wohl nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Ebenso wird auch die Bedeutung der Nahrungsmittelidiosynkrasie für die Ekzempathologie entschieden übertrieben; die zu ihrem Nachweise angestellten Proteintests sind nicht spezifisch. Die Sensibilisierung bei dem Ekzem mit konstitutionellen Mängeln in Zusammenhang zu bringen, wie es der Diathesenlehre entsprechen würde, liegt keine Veranlassung vor. Prophylaktisch und therapeutisch handelt es sich darum, die Reize, soweit sie bekannt sind, möglichst fernzuhalten. Am wichtigsten ist die Desensibilisierung, und zwar die unspezifische durch indifferente Pasten, parenterale Eiweißtherapie, Eigenblut; die spezifische ruht noch auf ganz unsicheren Füßen, eventuell intramuskuläre Einspritzung geeigneter Extrakte. E. Levin-Berlin.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 48 (Bd. 85) 26. November 1927

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik zu Frankfurt a. M.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. K. Herxheimer)

Über Spätformen des Lichen ruber

Von

Dr. J. Briel, Assistent der Klinik

Auf dem 10. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (Frankfurt a. M. 1908) stellte K. Herxheimer einen Fall von Lichen ruber planus cutis et mucosae oris vor, der deshalb besonders bemerkenswert war, weil das Exanthem, das sich zum erstenmal 20 Jahre vorher in seiner gewöhnlichen Form geäußert hatte, und das damals auf Arsen in einem halben Jahr abgeheilt war, jetzt an der Haut und an der Schleimhaut in deutlicher serpiginöser Anordnung aufgetreten war. K. Herxheimer knüpfte daran den Gedanken, einen Parallelismus zwischen dem Lichen ruber und der Syphilis anzunehmen, und zwar nicht nur wegen der serpiginösen Erscheinungsform, die man wie bei der Syphilis als Spätform bezeichnen könnte, sondern auch auf Grund anderer Analogien in Erscheinungsform und Verlauf der beiden Krankheiten. Obwohl damals ein Vergleich der beiden Krankheiten von verschiedenen Seiten abgelehnt wurde, möchten wir heute den Gedanken wieder aufgreifen, da in der Zwischenzeit an der Frankfurter Universitäts-Hautklinik 7 Fälle und in der Privatpraxis von Geheimrat Herxheimer 6 Fälle von Lichen ruber zur Beobachtung gekommen sind, bei welchen man von einer Spätform der Krankheit reden kann.

Ich lasse zunächst kurz die wichtigsten Daten aus den Krankengeschichten folgen.

Fall 1. v. R., 65jähr. Mann. Vor 20 Jahren Lichen ruber planus, der mit Arsen geheilt wurde. Vor 8 Jahren und vor 1 Jahr erneute Ausbrüche, die zum Teil mit Arsen geheilt wurden, zum Teil von selbst schwanden. Vor einem halben Jahr Wiederauftreten. Jetzt an beiden Ober- und Unterschenkeln einige meist linsen- bis pfennigstückgroße Plaques mit spitzen, follikulären Papelchen (Lichen ruber acuminatus). Auf dem Rücken ein 1 cm im Durchmesser haltender, gyrierter, braunroter Herd mit glänzenden, gedellten Papeln (Lichen ruber planus). Entlassung nach fünfwöchiger Behandlung gebessert auf Arsen und Röntgenbestrahlung.

Fall 2. K., 35jähr. Frau. Zum erstenmal vor 20 Jahren Auftreten der Krankheit, die mit kürzeren oder längeren symptomenlosen Intervallen bis jetzt fortbesteht. Jetzt am rechten Handgelenk einige rote, gedellte Papeln. An der Streckseite des rechten Unterschenkels und an der Tibiakante gedellte, zum Teil verruköse, braunrote Papeln. Die rechte Wangenschleimhaut zeigt mehrere weißlich glänzende, hanfkorngroße Erhabenheiten in serpiginöser Anordnung. Entlassung nach einigen Tagen ungeheilt.

Fall 3. B., 63jähr. Frau. Vor 40 Jahren erstes Auftreten der Krankheit, die mit Unterbrechung bis jetzt fortbesteht. Seit etwa einem halben Jahr Wiederauftreten. Jetzt am Rücken und an beiden Unterschenkeln Plaques von braunroten, gedellten

Digitized by Google

Knötchen in serpiginöser Anordnung. Nach einjähriger poliklinischer Behandlung mit Arsen geheilt.

Fall 4. Z., 41jähr. Mann. Vor 10 Jahren zum erstenmal Lichen ruber an Unterschenkel und an der Hand, der mit Arsenpillen geheilt wurde. Vor 4 Monaten erneutes Auftreten. Jetzt an beiden Unterschenkeln, beiden Unterarmen und Händen zahlreiche typische Lichen-ruber-planus-Papeln, die größtenteils konfluiert sind. An einigen Stellen, besonders am rechten Unterschenkel, girlandenförmige Anordnung. Entlassung ungeheilt nach zweimonatiger Behandlung mit Arsen und Röntgenbestrahlung.

Fall 5. St., 45jähr. Mann. Vor 13 Jahren Lichen ruber planus, damals mit Salvarsan geheilt. Seit einigen Wochen Wiederauftreten. Jetzt sind befallen Arme, Gürtelgegend, Bauch, untere Extremitäten, Penis, Skrotum, Mundschleimhaut und Analschleimhaut. Typische Lichen-ruber-planus-Knötchen, die besonders am Unterbauch teils annuläre, teils gyrierte und girlandenförmige Konfiguration zeigen. Auch an der Glans penis gyrierte Anordnung. Auf der Mundschleimhaut netzförmig konfluierte Herde. Nach zweimonatiger Behandlung mit Arsen und Neosalvarsan, später Röntgenbestrahlung gebessert entlassen.

Fall 6. F., Patient, der vor 25 Jahren einen Lichen ruber der Zunge hatte, der in $^3/_4$ Jahren mit Arsen und Ätzungen mit Sublimat, Argentum nitricum und Chromsäure geheilt wurde. Seit einem Jahr erneutes Auftreten. Jetzt doppellinsengroße, silberglänzende Papel auf der Mitte der Zunge mit gyriertem Rand.

Fall 7. v. H., Patient, der seit 2 Jahren an Lichen ruber planus leidet und bei dem die Krankheit jetzt in serpiginöser Konfiguration aufgetreten ist.

Fall 8. W., seit vielen Jahren Lichen ruber, jetzt an Wangen und Zungenschleimhaut netzförmig angeordnete, silberglänzende, weiß bis bläulich gefärbte Papeln. Körper frei. Therapie bisher Tinct. jodi, jetzt Arsen und Jodglyzerinpinselung. Ungeheilt aus der Behandlung weggeblieben.

Fall 9. Z., Beginn der Erkrankung mit Primärpapel am rechten Knie. 4 Monate später stark juckendes Exanthem, hauptsächlich an der rechten Brustseite. Nach 3 Jahren traten Plaques an der linken Bauchseite und am Munde auf, die einen gyrierten Rand zeigten. Die Gyri sind zum Teil zusammengesetzt aus typischen gedellten, polygonalen, glänzenden, braunroten Knötchen. Therapie: Arsen. Ungeheilt aus der Behandlung weggeblieben.

Fall 10. F., 72jähr. Patient, der seit einigen Jahren blau- bis braunrote, glänzende, gedellte, in Gruppen stehende Knötchen auf beiden Handrücken zeigte. Jetzt ist die Zunge mit weiß glänzenden, netzförmig angeordneten Knötchen bedeckt. Therapie: Arsen, später Chromsäurepinselungen. Ungeheilt aus der Behandlung weggeblieben.

Fall 11. W., vor mehreren Jahren Lichen ruber planus disseminatus. Jetzt am Stamm, an oberen und unteren Extremitäten und am unteren Teil des Bauches gruppierte Effloreszenzen und Gyri, deren Ränder aus polygonalen braunroten, glänzenden, teils gedellten Knötchen zusammengesetzt sind. Therapie: antipruriginöse Salben und Betupfungen und Arsen. Bei der Weiterbeobachtung des Falles ergibt sich, daß die Effloreszenzen mit Pigmentierung im Zeitraum von etwa 4 Monaten abheilen, dann aber wieder neue Knötchengruppen auftreten, die wieder mit Arsen behandelt werden. Nach 14 Monaten alles abgeheilt.

Fall 12. Sch., 16jähr. Schüler. Seit 2 Jahren „rote Stellen am Körper". Seit mehreren Monaten Jucken und Auftreten von zum Teil einzeln stehenden, fast überall aber konfluierten und häufig in serpiginösen Linien angeordneten, glänzenden, rötlichen, gedellten, polygonalen Knötchen auf Brust, Bauch und Rücken. An den Unterschenkelvorderseiten sind die Effloreszenzen verrukös verändert. Auf der rechten Wangenschleimhaut massenhaft silberweiße, glänzende, in Strickwerkform angeordnete kleinste Knötchen. Therapie: Arsen. Ungeheilt aus der Behandlung weggeblieben.

Fall 13. St., 53jähr. Mann. 1898 Lichen ruber planus disseminatus am Stamm und den Extremitäten, ferner auch am Penisrücken und an der Glans penis. Mundschleimhaut frei. Therapie: Antipruriginosa und Arsen. Heilung in etwa $^3/_4$ Jahren. Beobachtung zweimal jährlich, immer ohne Erscheinungen. 1910 Rezidiv in Form von gyrierten Effloreszenzen an beiden Vorderarmen, in der Nabelgegend, an der rechten Bauchseite und am Penisrücken. Mundschleimhaut frei. Therapie: Arsen und Betupfungen mit heißem Wasser. Heilung etwas zögernder in $1^1/_2$ Jahren. Weiterbeobachtung seitdem jährlich einmal, zuletzt 1927; keine Erscheinungen mehr.

Digitized by Google

Aus den Krankengeschichten ist zu entnehmen, daß bei 13 Patienten in mehr oder weniger großen Abständen (2—40 Jahre) nach Auftreten der ersten Erscheinungen des Lichen ruber planus ein „Spätexanthem" in Form von serpiginösen oder gyrierten Herden auftrat. In 7 Fällen waren neben den letztgenannten Erscheinungsformen noch einzeln stehende oder gruppierte und konfluierte Effloreszenzen von Lichen ruber planus bzw. Lichen ruber acuminatus vorhanden. In 7 Fällen war die Wangenschleimhaut oder die Haut der Glans penis von der „Spätform" der Krankheit befallen.

In der Literatur konnte ich nur einen Fall von serpiginöser Anordnung der Lichen-ruber-Effloreszenzen finden, den Freudenthal in der Schlesischen Dermatologischen Gesellschaft vorstellte, und zwar bei einem Patienten, der seit mehreren Jahren an Lichen ruber planus litt. Das Fehlen von Beobachtungen in dieser Hinsicht könnte mit dem relativ seltenen Vorkommen des Lichen ruber zusammenhängen. Dagegen findet sich eine große Zahl von Fällen, bei welchen eine annuläre Form des Lichen ruber festgestellt wurde. Da auch diese Fälle für den Vergleich von Lichen ruber und Syphilis von Wichtigkeit sind, sollen einige der bemerkenswertesten kurz mitgeteilt werden.

Abramowitz sah eine 26jähr. Pat., die seit 14 Jahren an rezidivierendem Lichen ruber planus litt. Seit 2 Jahren Auftreten von annulären Herden.

Adler stellte einen Fall vor, bei dem vor 18 Jahren der Lichen ruber zum erstenmal auftrat, der jetzt in kreisförmigen Herden rezidivierte.

Fischer stellte einen Patienten mit gruppiertem, zum Teil korymbiformem Lichen ruber acuminatus vor, der seit 4 Jahren an der Krankheit litt.

Galloway berichtet über einen Lichen ruber planus bei einem 10jähr. Knaben, bei dem die Erkrankung 3 Jahre vorher begann und jetzt in ringförmigen Herden auftrat.

Mirowsky stellte einen Patienten vor, der seit 10 Jahren an Lichen ruber der Mundschleimhaut litt und bei dem jetzt nach Ausbruch des gewöhnlichen Exanthems auf der Haut sich im Mund eine annuläre Konfiguration ausprägte.

Auffallend ist, daß bei diesen Fällen von annulärem Lichen ruber, die man mit dem späten sekundär-luetischen Exanthem vergleichen könnte, die Zeit des ersten Auftretens im allgemeinen kürzer zurückliegt (4 bis 18 Jahre), als bei den von uns gesammelten Fällen von ausgesprochener Spätform, d. h. serpiginöser oder gyrierter Anordnung (2—40 Jahre)

Wenn man einen Vergleich zwischen dem Lichen ruber und der Syphilis ziehen will, erhebt sich zunächst die Frage, ob der Lichen ruber mit einem der Syphilis entsprechenden primären Einzelherd beginnen kann, der zunächst die einzige Erscheinungsform der Krankheit bildet und dem (vielleicht nach einem gewissen Zeitabschnitt) das Auftreten mehrerer, möglicherweise disseminierter Krankheitsherde folgt. Zweifellos gibt es Fälle von Lichen ruber, die mit einer Primärpapel beginnen, womit jedoch nicht gesagt werden soll, daß es sich wie bei der Syphilis um die Reaktion des Organismus auf ein an der befallenen Stelle eingedrungenes infektiöses Agens handelt. K. Herxheimer erwähnte bereits auf dem 10. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, daß er im ganzen fünf solcher Fälle gesehen habe. In einer der oben angeführten Krankengeschichten (Fall 9) aus der Privatpraxis von Geheimrat Herxheimer ist ebenfalls ein Krankheitsbild beschrieben, das mit einem Primärherd begann. Ferner hat Pernet einen Fall von Lichen ruber annulatus mit „Primitivstelle" am Sternum veröffentlicht. Der Grund,

Digitized by Google

weshalb solche Fälle so selten beschrieben sind, ist wohl darin zu suchen, daß die Patienten die Affektion nicht beobachten oder für unbedeutend halten und erst nach Auftreten mehrerer Herde den Arzt aufsuchen.

Von einer Inkubationszeit zwischen dem Auftreten des Primärherdes und der Ausbreitung über den ganzen Körper kann nichts Sicheres gesagt werden, schon deshalb, weil zu wenig Fälle beobachtet sind. Das Allgemeinexanthem kann, wenn auch seltener, in Form von disseminierten Effloreszenzen auftreten. Meist jedoch treten die Krankheitsherde lokalisiert auf und dokumentieren damit die Neigung des Lichen ruber zum Konfluieren, zur Gruppenbildung und zum Annulärwerden. Konfluierte oder gruppierte Papeln sind beim Lichen ruber nichts Außergewöhnliches, und das Vorkommen von annulär angeordneten Effloreszenzen ist häufig, wie die Veröffentlichungen in der Literatur und die zahlreichen auf Kongressen und Versammlungen vorgestellten Fälle zeigen. Das schubweise Auftreten eines Allgemeinexanthems auch noch nach jahre- oder jahrzehntelanger Dauer ist sowohl beim Lichen ruber als auch bei der Syphilis bekannt, spricht also nicht gegen einen Vergleich beider Krankheiten. Wenn wir nun etwa das gruppierte oder annuläre Exanthem des Lichen ruber analog der Lues als eine sekundäre Erscheinungsform auffassen wollen, so ist dabei bemerkenswert, daß es beim Lichen ruber zeitlich ausgedehnter auftritt als bei der Lues, bei den obenerwähnten Fällen aus der Literatur 2—18 Jahre nach Auftreten der ersten Erscheinungen.

Was nun die „Spätformen" der Krankheit anbetrifft, die uns besonders interessieren, so ist bereits aus den oben angeführten Krankengeschichten ersichtlich, daß sie sich im Auftreten von girlandenförmigen, von gyrierten oder von serpiginös begrenzten Herden äußern. Sie traten in unseren Fällen 10—40 Jahre nach Beginn der Krankheit auf, mit Ausnahme von drei Patienten, die bereits nach 2—$3^1/_2$ Jahren serpiginöse Herde bekamen. Die Lokalisation kann sowohl die äußere Haut als auch die Schleimhäute (Mundschleimhaut, Haut des Penis und Analschleimhaut) betreffen. Ein wesentlicher Unterschied zwischen der Erscheinungsform der Spätformen des Lichen ruber und der Syphilis besteht darin, daß beim Lichen ruber nie Ulzerationen beobachtet wurden, und daß die im Spätstadium der Lues auftretenden internen Erkrankungen beim Lichen ruber nicht festgestellt worden sind.

Die Möglichkeit eines Vergleichs der beiden Krankheiten ist jedoch noch nicht erschöpft. Zunächst fällt der Parallelismus im Befallensein der Schleimhäute auf. Wenn auch die Beteiligung der Schleimhaut bei anderen Hautkrankheiten vorkommt, so ist doch das papulöse Stadium der Schleimhauterkrankung und der häufige Ausgang in Leukoplakie bei Lichen ruber und bei Syphilis häufig.

Ferner könnte noch erwähnt werden, daß es bei beiden Krankheiten ein spezifisches Mittel, das Arsen, gibt. Hierbei sei aus der Literatur angeführt, daß Ullmann an Hand eines in der Wiener Dermatologischen Gesellschaft vorgestellten Falles eine infektiöse Ätiologie des Lichen ruber vermutet, da bei dem Patienten mehrere Eruptionen der Krankheit prompt mit Arsen zum Schwinden gebracht wurden. Busch zeigte einen Fall, bei dem auf eine Neosalvarsaninjektion eine Ausbreitung des Lichen-

Digitized by Google

ruber-Exanthems auftrat, und faßte dies als provokatorischen Faktor (analog der Herxheimerschen Reaktion bei der Syphilis) auf.

Schließlich sei noch eine Tatsache erwähnt, die in diesem Zusammenhang bemerkenswert ist, das ist das oft beobachtete epidemieartige Auftreten des Lichen ruber. Ich mache aufmerksam auf Veröffentlichungen von Montpellier und von Dubois-Havenith, die eine auffallende Häufung der Krankheit sahen, die sie als epidemieartig bezeichnen. Auch das Vorkommen in einer Familie ist auffallend. K. Herxheimer sah die Krankheit einmal bei drei Brüdern und zweimal bei zwei Geschwistern. Feldman beobachtete sogar vollkommen gleichartige Verlaufsformen des Lichen ruber bei Ehegatten, die nicht blutsverwandt waren.

Fassen wir die Tatsachen noch einmal kurz zusammen, so kommen wir zu folgendem Ergebnis: Der Lichen ruber planus kann mit einem solitären Primärherd beginnen. Es gibt ferner ein disseminiertes Exanthem der Krankheit, häufiger aber noch lokalisierte, konfluierte Herde, die in Form von Gruppen oder Annuli auftreten können. Schließlich äußert sich die Krankheit noch in girlandenförmiger, gyrierter oder serpiginöser Form, die wir auf Grund der Zeitdauer ihres Auftretens an Hand unserer Fälle und im Vergleich mit der Lues wegen ihrer Konfiguration als Spätform bezeichnen können. Wieweit eine regelmäßige Aufeinanderfolge dieser Erscheinungen besteht, bleibt einer Beobachtung von weiteren Fällen vorbehalten, insbesondere von Fällen, deren Kontrolle sich über lange Zeit ermöglichen läßt. Außerdem ist das der Lues ähnliche Krankheitsbild bei Befallensein der Schleimhäute, die Reaktion auf ein spezifisches Mittel und das epidemieartige Auftreten bemerkenswert. Auf Grund dieser Beobachtungen sind wir berechtigt, den Lichen ruber in seinem Krankheitsverlauf und in seinen Erscheinungsformen mit der Lues zu vergleichen, wenn auch eine Reihe von Tatsachen, die zum Teil oben erwähnt sind, gegen einen solchen Vergleich sprechen. Es wäre jedoch zu weit gegangen, daraus sichere Schlüsse auf eine etwaige infektiöse Ätiologie des Lichen ruber zu ziehen, oder gar eine Ähnlichkeit des Erregers und seiner biologischen Eigenarten und eine daraus resultierende Gleichartigkeit der Krankheitsbilder beider Krankheiten anzunehmen.

Literatur

Abramowitz, Lichen planus annulatus. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 15, S. 56. — Adler, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, S. 259. — Dubois-Havenith, Deux cas de Lichen ruber planus. Ref. Derm. Zbl., 1912, Bd. 15, S. 369. — Feldman, Lichen planus in a husband and wife. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 6, S. 258. — Fischer, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 16, S. 883. — Freudenthal, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 16, S. 883. — Galloway, Lichen annularis. Ref. Derm. Zbl., 1900, Bd. 3, S. 304. — Meirowsky, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21, S. 397. — Montpellier, Epidemie von Lichen planus Wilson. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1925, Bd. 17, S. 438. — Pernet, Case of Lichen planus annulatus. Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1923, Bd. 7, S. 477. — Rusch, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Bd. 20, S. 278. — Ullmann, Ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1924, Bd. 14, S. 166. — Verhandlungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, 10. Kongreß, Frankfurt a. M., Juni 1908.

Digitized by Google

Aus dem Heiligen-Alexander-Hospital (Chefarzt: Dr. E. Sonnenberg) und aus dem Sittenpolizeiamt in Lodz (Leiter: Dr. J. Dobrowolski)

Die Einspritzungen des Magisterium Bismuti als prophylaktische Konzeption[1])

Von

Dr. E. Sonnenberg

Mit 2 Abbildungen im Text

Der Ausgangspunkt dieser Arbeit gründet sich auf folgende Beobachtung, welche ich vor 3 Jahren gemacht habe: Sukzessive, in regelmäßigen Abständen gemachte Einspritzungen des Magisterium Bismuti führen dazu, daß die Dimensionen, welche die Resorption des Mittels einnimmt, nur während einer bestimmten Zeit in steigendem Maße sich vergrößern, nach Erreichung des Höhepunktes aber halten sich die Dimensionen in einer gleichbleibenden Höhe und dauern in dieser Intensität ohne Rücksicht auf die zunehmende Zahl der Einspritzungen. Als Basis dieser Berechnungen habe ich 55 Tage als Durchschnittszahl der Resorptionsdauer angenommen. Diese Resorptionsschnelligkeit wurde auf dem röntgenographischen Wege festgestellt[2]). Die Höhe des Niveaus des resorbierten Medikaments ist hier — gleiche Distanzgröße vorausgesetzt — von der Zeitfolge der Injektionen abhängig: je öfter wir die Einspritzungen machen, desto höher wird sie sein und umgekehrt.

Daraus geht wohl zur Evidenz hervor, daß ein Medikament, welches imstande ist, eine schon vorhandene Infektion zu bekämpfen und welches im Organismus vermöge der Eigentümlichkeit seiner protrahierten Wirkung eine lange Zeit und auf einer Höhe zurückgehalten wird, auch geeignet sein muß, wenn es in den Körper eines Gesunden eingeführt sein wird, der Infektion desselben entgegenzuwirken.

Es ist klar, daß die Vorgänge im Organismus bezüglich Heilung und Schutzwirkung bei Anwendung des Magisterium Bismuti nicht verschieden sein können, und wie nach einer stattgehabten Infektion die syphilitischen Keime, welche schon in den Organismus eingedrungen sind, der Einwirkung des Magisterium Bismuti nicht widerstehen können, so können sie auch in gleicher Weise nicht unberührt bleiben, wenn umgekehrt bei drohender Ansteckung der gesunde Organismus mit Magisterium Bismuti vorbehandelt worden ist und die Speicherung des Mittels ihn für längere Zeit mit Wismut versieht.

Gegen eine solche Möglichkeit ist theoretisch nichts einzuwenden.

Es erhebt sich die Frage: Wird das Experiment auch mit dieser Voraussetzung im Einklang sein?

---

[1]) Vortrag auf der V. Jahresversammlung der polnischen dermatologischen Gesellschaft in Wilna am 5. Juni 1927. — [2]) Sonnenberg, Beitrag zur Frage der Resorption von subkutan eingespritztem Magisterium Bismuti auf Grund von röntgenographischen Untersuchungen. Derm. W., 1926. Bd. 83, Nr. 36.

Digitized by Google

Um hier Klärung zu schaffen, machten wir diese Frage zum Gegenstande vorstehender Untersuchungen.

Mit unseren Prüfungen, welche sich auf Prostituierte des hiesigen sittenpolizeilichen Amtes erstrecken, begann ich gemeinsam mit Dr. J. Dobrowolski im Januar 1926. Wir haben zu unseren Zwecken Prostituierte gewählt, weil diese als Prüfungsobjekte sich sehr geeignet erweisen, da sie der Gefahr einer Ansteckung, welche früher oder später einsetzt, auf jedem Schritt unterworfen sind.

Bevor wir zu unseren Mitteilungen übergehen, wollen wir bemerken, daß die Untersuchungen nur mit Einwilligung der Versuchspersonen vorgenommen wurden. Unter den Prostituierten haben wir selbstverständlich nur diejenigen gewählt, welche Syphilis noch nicht durchgemacht haben und welche in dieser Richtung vorher genau klinisch und serologisch untersucht wurden. Im ganzen waren 110 Prostituierte, die Syphilis nicht gehabt haben, und von dieser Zahl äußerten nur 60 den Wunsch, prophylaktisch behandelt zu werden.

Für unsere Nachforschungen haben wir Magisterium Bismuti gewählt. Ich habe dieses Präparat gut erprobt und in fünfjähriger, auf breiter Basis durchgeführter Anwendung zum Gegenstand zweier Mitteilungen in den Jahren 1925[1]) und 1926 gemacht[2]). Zur Einverleibung bedienten wir uns einer 10%igen öligen Suspension und verabreichten regelmäßig jede Woche in Dosen 1,5 der Emulsion, was 0,1 reinen Wismutgehalts entspricht.

Nach diesen Vorbemerkungen versuchen wir nun, das Gesamtbild der Resorptionsvorgänge bei fortgesetztem Gebrauche des Magisterium Bismuti in Form der hintereinander in längerem Zeitraume folgenden Injektionen aufzubauen. Als Basis unserer Berechnungen nehmen wir die Zahl 55, also die Durchschnittszahl der Resorptionsdauer des Magisterium Bismuti. Nach der ersten Injektion kommt es zur Aufsaugung von $^1/_{55}$ der eingespritzten Menge, und dieser Bruchteil wird jeden folgenden Tag während der ganzen Woche resorbiert. Nach der zweiten Injektion, welche den 8. Tag stattfindet, kommt es während der folgenden 7 Tage zur Aufsaugung einer zweimal so großen Menge des Magisterium Bismuti, weil der Körper nicht mehr aus einer Quelle, wie nach der ersten Einspritzung, sondern aus zwei Quellen das Medikament schöpft. Nach der dritten Einspritzung, in der dritten Woche, kommt es jeden Tag dieser Woche zur Resorption dreimal so großer Menge usw. Jede neue Injektionsstelle gibt eine Zufuhr von $^1/_{55}$ der freiwerdenden Menge des resorbierten Magisterium Bismuti und mit der zunehmenden Zahl der depothaltigen Stellen geht die Resorption in die Höhe, und die Gesamtmenge des resorbierten Medikaments vergrößert sich in steigendem Maße. Die eben geschilderten Verhältnisse dauern bis zur achten Woche. Mit der achten Einspritzung hat nunmehr die Resorption ihren Gipfel erreicht. Mit Eintritt dieses Zeitpunktes wird die Menge des resorbierten Medikaments nicht mehr vergrößert, und die allmähliche Anhäufung des Magisterium Bismuti im Organismus wird schon mit zunehmenden In-

[1]) Sonnenberg, Über die Verwendung des Magisterium Bismuti in der Therapie der Syphilis. D. m. W., 1925, Nr. 37. — [2]) Sonnenberg, Derm. W., l. c.

Digitized by Google

jektionen nicht wachsen, da bei jeder neuen Einspritzung, von der neunten angefangen, eine der ersten Quelle auslöscht, also bei der neunten Injektion das Depot der ersten Einstichstelle, bei der zehnten Injektion das Depot der zweiten Einstichstelle usw.

Nach Sistierung der Injektionen bleibt noch der Organismus unter dem Einflusse des Magisterium Bismuti, welches er in den Depots mitträgt um in 8 Wochen mit allmählicher Abnahme in gleichem Maße, wie vorher beim Emporsteigen, zur Norm zurückzukehren.

Zu dem oben Gesagten möchte ich, um einen sichtbaren Ausdruck in diese komplizierten Vorgänge zu geben, das Gesamtbild der Resorptionsverhältnisse graphisch darstellen[1]) (Abb. 1).

Unsere systematisch angestellten Untersuchungen gingen ununterbrochen, wie wir es erwähnt haben, seit Anfang 1926 vor sich. Die Prostituierten bekamen jede Woche eine Injektion und die Zahl der Versuchspersonen erhöhte sich.

Mit einem Wort: die Sache ging glatt, unsere Versuche waren schon weit genug vorgeschritten und wir hatten bereits den Eindruck gewonnen, daß unsere theoretischen Voraussetzungen praktische Bestätigung finden würden, als plötzlich im 14. Monat unserer Versuche bei einer Prostituierten ein Schanker zu konstatieren war. Zunächst schien uns, daß durch ein solches Versagen unsere Auffassung ins Wanken geraten sei.

Abb. 1. Dimensionen, welche die Resorption bei einmal wöchentlich während einer unbegrenzten Zeit durchgeführten Einspritzungen einnimmt.

Aber eine eingehende Erwägung über das Zustandekommen der Ansteckung hat die Sache doch anders dargestellt und die anscheinend widersprechenden Ergebnisse in befriedigender Weise erklärt. Wie wir nämlich schon erwähnt haben, machten sich die ersten Symptome der Ansteckung nach der fünften Injektion geltend. Wenn man also 2 bis 3 Wochen als nötige Inkubationszeit vom Zeitpunkt der Injektion abrechnet, so zeigt sich, daß zur Zeit der Ansteckung im Organismus der erwähnten Versuchsperson noch so wenig Magisterium Bismuti kreiste, daß die in Betracht kommende Menge dieses Mittels nicht ausreichen konnte, um der Invasion der syphilitischen Keime wirksam entgegenzutreten. Daß man zur Zeit, in welcher die Ansteckung eintrat, nicht das Recht hatte, von einer Schutzwirkung zu sprechen, da die Schutzwirkung noch nicht den nötigen Grad erreicht hatte, ergibt sich aus der Vergleichung der Dimensionen, welche die Resorption einnimmt, wenn man die Injektionen für prophylaktische Zwecke einmal wöchentlich vornimmt, mit den Dimensionen, welche sie einnimmt, wenn man sie jeden dritten Tag während der antisyphilitischen Kur anwendet.

Wie aus Abb. 2 hervorgeht, entspicht die Menge des zur Zeit der fünften Injektion für prophylaktische Zwecke entfalteten Magisterium

[1]) Die graphischen Tafeln wurden von Dr. med. Alfred Litwin ausgeführt.

Digitized by Google

Bismuti der Menge des als Heildosis entfalteten bei der dritten Injektion und beträgt nämlich nur 0,003.

Also im Momente, in welchem die Ansteckung stattfand, war noch nicht die nötige Dosis erreicht.

Wir sind uns stets bemüht gewesen, für das Wohl dieser Frauen, welche sich unserer Behandlung anvertraut haben, Sorge zu tragen, sie vor Schaden und Störung ihrer Gesundheit zu bewahren. Aber trotz genauester Beobachtung konnten wir niemals während $1^1/_2$ Jahren irgend ein sichtbares Zeichen der Vergiftung oder einer Veränderung im Gesamtbefinden wahrnehmen.

Es drängen sich uns die Fragen auf: Warum hat diese lange andauernde Zufuhr von Magisterium Bismuti hier keine Gefahren mit sich gebracht? Warum fiel diese anhaltende, beständige Wirkung niemals zum Schaden der Gesundheit aus?

Diese Fragen werden von einer Seite durch den Umstand erklärt, daß die Frauen unter ständiger Kontrolle der Funktion der Niere blieben,

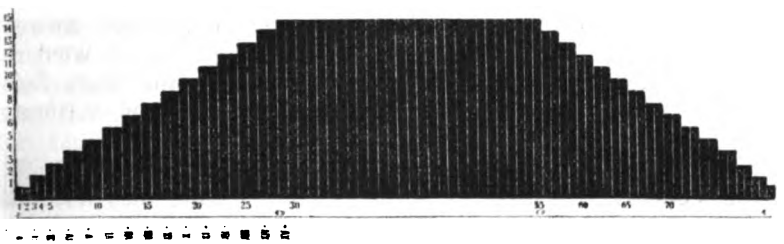


Abb. 2. Dimensionen, welche die Resorption bei jeden dritten Tag durchgeführten Einspritzungen einnimmt.

und von der anderen Seite, daß es hier niemals zu einer Anhäufung des Wismuts kam. Auf den letzten Umstand legen wir Gewicht: die Gesamtmenge des Magisterium Bismuti, welche im Organismus sich zu jeder Zeit befindet, kommt nur aus acht aktiven Depots her und deswegen kann Wismut hier nicht zu enormen Mengen anwachsen. Das Totalquantum des Magisterium Bismuti bewegt sich hier nur in niedrigen Grenzen und macht nicht mehr als 0,01 aus.

Wir sehen also, daß wir es hier keineswegs mit einer Überschwemmung des Organismus mit übermäßigen Wismutmengen zu tun haben.

Nach diesen Erwägungen wenden wir uns zunächst den Ergebnissen im Tierexperiment zu.

Wir haben in dieser Richtung die Resultate der experimentellen Forschungen Kolles, welche er im Jahre 1926 veröffentlicht hat[1]). Es wurden nämlich von ihm zahlreichen Tieren Wismutdepots gesetzt, teils in die Ohrmuscheln, teils unter die Haut der Oberschenkel. Solange die Tiere die Wismutdepots hatten, reagierten sie nicht auf die nachfolgende Syphilisinfektion. Als aber 2—3 Monate nach der Infektion die Depots

[1]) Kolle und Evers, Experimentelle Untersuchungen über Syphilis und Rekurrensspirochätose. D. m. W., 1926, Nr. 14.

Digitized by Google

entfernt wurden, bildeten sich bei den Versuchstieren typische Schanker aus. Kolle zieht aus seinen Untersuchungen die weittragendsten Schlußfolgerungen. Er behauptet nämlich, daß Wismut im lebenden Körper die Spirochäten nicht zerstört, sondern ein durch Entwicklungshemmung wirkendes Mittel ist, und daß Wismutdepots nur scheinbar die Tiere vor Infektion schützen.

Wie wir sehen, steht das Resultat unserer Versuche im Widerspruch zu dem von Kolle aufgestellten Satz, daß Wismut die Spirochäten nicht tötet, und diesen Standpunkt können wir keineswegs teilen.

Wir gehen hier nicht näher auf die Frage ein, auf welchem Wege die Spirochäten vernichtet werden, ob die Wirkung des Wismuts in der direkten Zerstörung der Bakterien besteht, oder ob das Wismut dem Organismus die Eigenschaft verleiht, die Kräfte, welche ihn in natürlicher Weise gegen Keime schützen, auf das Spiel zu setzen.

Das eine wissen wir sicher: nach Anwendung des Wismuts kommt es zum dauernden Schwinden der syphilitischen Erscheinungen, es stellt sich auch ein Umschlag der Seroreaktion bis zum Negativwerden. Aber zu diesem Ausgleich kommt es nicht nach einer einmaligen Anwendung des Mittels, sondern erst dann, wenn der Organismus nach wiederholten und protrahierten Kuren der Wirkung des Wismuts eine lange Zeit ausgesetzt wird und wenn es im Organismus zu höherem Wismutgehalt kommt.

Sind die Versuche Kolles von überzeugender Klarheit?

Die Versuchstiere Kolles wurden der Wirkung des Wismuts nur einmal ausgesetzt. Was die Höhe des erreichten Wismutgehaltes im Organismus des Versuchstieres anbelangt, so kann man sich hier Rechenschaft darüber nicht geben. Vielleicht sind auch die Resorptionsverhältnisse bei Tieren nicht dieselben wie beim Menschen, und dürfen nicht ohne weiteres übertragen werden.

Wenn wir Kolles Gedankengang auf unsere Versuche übertragen, so drängt sich unwillkürlich die Frage auf, ob wir die Versuche nicht auf falschen Grundlagen aufgebaut haben. Sollte es der Fall sein, so müßten auch die Resultate unserer Versuche, als aus einer irrtümlichen Auffassung entsprungene, sich schließlich als Irrtum herausstellen. Wir hätten damals also unter den Prostituierten, welche wir als gesunde aufgefaßt haben, auch solche gehabt, die nur anscheinend gesund, in der Tat aber krank waren.

Da diese Vermutung immerhin bedenklich machte, so war es klar, daß wir unsere Ergebnisse von Grund auf revidieren mußten, auch schon deswegen, weil wir nicht imstande waren, bei unseren Versuchen hinsichtlich der Quantität der Wismutdosen einen sicheren Maßstab anzulegen. Die Wismutdosen, welche wir seit 5 Jahren in der Therapie der Syphilis anwandten, konnten bei unseren Versuchen nicht in Betracht kommen, da sie zu groß waren. Wir suchten also solche Minimaldosen, welche einerseits ausreichend wären, die Ansteckung hintanzuhalten, andererseits, da unsere Versuche auf eine längere Zeit ausgerechnet waren, Schaden zu verhüten. Da es nicht leicht war, diesen Anforderungen zu entsprechen, so ist es möglich, daß wir bei der Feststellung der Dose eine zu kleine gewählt haben.

Digitized by Google

Bei Berücksichtigung des eben Gesagten entschlossen wir uns, die Prostituierten nochmals einer Observation zu unterwerfen. Um aber ganz sicher zu gehen und gleichzeitig die Möglichkeit einer Ansteckung unserer Versuchspersonen, als aktiven Prostituierten, während der Nachprüfung ausschalten zu können, wurde es notwendig, sie jeden Moment im Auge zu behalten und die Überwachung im Krankenhause zu machen. Hier hat dann sorgsame Beobachtung stattgefunden. Die Prostituierten blieben im Krankenhause die ganze Zeit, welche nötig war, um die Elimination des Magisterium Bismuti und gleichzeitig die eventuelle Inkubation des Primäraffektes abzuwarten.

Trotz genauester Beobachtung gemeinsam mit dem Spitalarzt Dr. M. Glaser haben wir unter unseren Versuchspersonen keine einzige Kranke gesehen. Also — und das sei noch einmal betont — während der ganzen Zeit unserer Versuche, welche sich auf $1^1/_2$ Jahre erstreckte, unter der Zahl 60 aktiven Prostituierten, außer der 2 Fälle, von denen oben die Rede war, erkrankte keine an Syphilis. Was nun die 2 Fälle betrifft, so wird man sie angesichts der Angelegenheit der erwähnten Fälle bei dem Zustandekommen der Erkrankung kaum unserer Anschauung zur Last legen dürfen. Diese 2 Fälle sind von außerordentlicher Bedeutung, da sie uns von unserer Anschauung nicht nur nicht entfernen, aber denselben noch näher kommen lassen und deshalb als Beweis für diese Anschauung angeführt werden können.

Gewiß ist durch unsere auf experimentellem Wege an Prostituierten gewonnenen Ergebnisse noch nicht alles bewiesen. Sollten wir nur auf diesen Ergebnissen als Beweismaterial basieren, so müssen wir zugeben, daß damit allein, so auffallend auch diese Ergebnisse sein mögen, noch kein Beweis hierfür erbracht worden ist und daß diese Ergebnisse ohne Zuhilfenahme anderer Beweise noch keine endgültige Entscheidung zulassen. Man könnte gegen unsere Feststellungen mit Recht einen Einwand erheben und auf das Nichterkranken der Prostituierten während der Versuchsperiode als auf ein zufälliges Zusammentreffen hinweisen.

Dieser Einwand ist jedoch schon deswegen hinfällig, weil $1^1/_2$ Jahre im Erwerbsleben einer Prostituierten eine lange Zeit bedeuten.

Diese Bemerkungen finden reichliche Unterstützung in den statistischen Daten. Es liegt eine statistische Untersuchung Giedroycs an 924 Prostituierten vor, wonach alle Prostituierten spätestens im dritten Jahre ihres Erwerbslebens schon an Syphilis erkranken[1]).

Im gleichen Sinne, aber noch ungünstiger, ist die Mitteilung Fritz Lessers über diese Frage zu verwerten[2]).

Es läßt sich noch mehr Klarheit in dieser Beziehung gewinnen, wenn wir unsere Ergebnisse unter anderen Gesichtspunkten untersuchen.

Einen Hinweis nach dieser Richtung und gleichzeitig eine Ergänzung zu unseren Versuchen geben uns die statistischen Feststellungen der Syphilismorbidität in unserer Stadt.

---

[1]) Giedroyc, Prostituierte als Quelle der venerischen Krankheiten in Warschau. (Polnisch.) 1892. — [2]) Lesser, Die Disziplinierung der Prostitution, ein neues System zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berliner med. Gesellschaft; M. m. W., 1919, Nr. 52.

Digitized by Google

Die Erkundigungen über die Daten haben wir bei der Sittenpolizei eingezogen, wo die Zahlen amtlicherseits seit 1915 gesammelt wurden. Wir lassen die Protokolle kurz folgen.

Jahr	Syphiliserkrankungen	Bemerkungen
1915	124	1915 wurden in Lodz die Prostituierten massenhaft reglementiert
1916	36	
1917	22	
1918	43	
1919	32	
1920	57	
1921	54	
1922	74	
1923	59	
1924	62	
1925	58	
1926—1927	22	1926—1927 sind die Jahre, in welchen wir unsere experimentellen Untersuchungen vorgenommen haben

Wie aus vorstehender Tabelle zu ersehen ist, fordert die Syphilis unter den Prostituierten unserer Stadt ihre regelmäßigen und bedeutenden Opfer. Es ergibt sich nämlich, daß durchschnittlich 58 Frauen jährlich an Syphilis erkranken.

Einen festeren Boden in der uns interessierenden Frage betreten wir hier, wenn wir aus diesem Berichte die Zahlen hervorheben, welche die Ergebnisse von 1926—1927 enthalten. Die Syphilismorbidität ist in den erwähnten Jahren um beinahe $^2/_3$ herabgesetzt.

Dieser Gegenstand verlangt nach einer näheren Erklärung. Wie wir schon erwähnt haben, waren in den Jahren 1926—1927 im ganzen 110 Prostituierte, die Syphilis noch nicht durchgemacht hatten. Von dieser Zahl äußerten nur 60 den Wunsch, prophylaktisch behandelt zu werden, 50 wollten mit Wismut nicht behandelt werden. Wir waren hier also in einer besonders glücklichen Lage, einen objektiven Vergleich bei diesem Parallelversuche machen zu können.

Ziehen wir die Zahlen zum Vergleich heran.

Jahr	Frauen, welche Syphilis nicht durchgemacht haben	Prophylaktisch behandelte Frauen	Frauen, die prophylaktisch nicht behandelt wurden	Frauen, welche an Syphilis erkrankten
1926—1927	110	60 —	— 50	2 20

Wie aus der Begleittafel ersichtlich, ist das Ergebnis hier überraschend.

Unter den Prostituierten also, bei welchen wir in diesem Zeitraum 20 Fälle von Syphilis festgestellt haben, waren es gerade die, welche mit

Digitized by Google

Wismut nicht beeinflußt wurden, demgegenüber waren die 60 Prostituierten, welche unter der Wirkung des Magisterium Bismuti gestanden hatten, gänzlich von Syphilis verschont geblieben.

Wie wir aus diesem ersehen, fällt der Vergleich hier sehr günstig für das Magisterium Bismuti aus und kann allein schon als maßgebend für ein richtiges Bild von der Leistungsfähigkeit des prophylaktisch eingespritzten Magisterium Bismuti gelten. Noch sicherere Stützen und bessere Beweise für die Richtigkeit unserer Voraussetzungen können nicht erbracht werden.

Wenn man aus all dem Angeführten einen Schluß ziehen will, so kann es nur der sein: das Magisterium Bismuti, wenn man es regelmäßig einem gesunden Körper injiziert, bietet dem Organismus die Möglichkeit, der Ansiedlung der syphilitischen Keime wirksam entgegenzutreten und eine Ansteckung zu verhüten. Das geht nicht nur aus den Resultaten unserer Versuche hervor, sondern wird auch durch die Statistik erwiesen. Zufall ist hierbei ganz ausgeschlossen.

Fritz Lesser hat 1918 gesunden Prostituierten, um sie vor Ansteckung mit Syphilis zu bewahren, Salvarsan intravenös in Dosen von 0,6 in vierwöchigen Abständen injiziert[1]). Unter 150 präventiv mit Salvarsan behandelten Dirnen erkrankten 3 während der Versuche, 107 blieben gesund und von ihnen wurde keine Ansteckungsquelle gemeldet. Ein Teil der Prostituierten wurde, als Gegenprobe, ohne Präventivbehandlung gelassen. Von diesen war der größere Teil nach 6 Monaten syphilitisch.

Wir wollen hier auf die Versuche mit Salvarsan nicht näher eingehen. Von einigen Autoren ist für das Salvarsan nachgewiesen worden, daß es, in Dosen von 0,6 intravenös eingespritzt, aus dem Organismus während 6—7 Tagen ausgeschieden wird[2]). Wie wir sehen, erstreckt sich seine Wirkung nur auf eine kurze Dauer und die Schutzwirkung kann nur auch so weit gebracht werden und ist naturgemäß beschränkt[3]). Es ist darum durchaus verständlich, daß es zu einer Ansammlung des Salvarsans im Organismus, um eine größere Wirkungsbreite zu erreichen, nicht kommt und wenn man vorbeugend eingreifen will, so kann man sich hier nur wenig Erfolg versprechen und die Aussichten einer erfolgreichen Beeinflussung müssen hier von vornherein abgelehnt werden, obwohl Salvarsan von höchstem Heilwert ist. Dieser Umstand scheint eine genügende Erklärung für den Wert des Salvarsans als Präventivmittel abzugeben, und diesem Faktor kommt hier eine ausschlaggebende Bedeutung zu.

Kommt nun unseren Versuchen praktische Bedeutung zu?

Wir haben das Studium dieser Frage aufgenommen, um zu erfahren, was erreicht werden kann, wenn ein gesunder Organismus zu Schutzzwecken längere Zeit unter dem Einflusse des Magisterium Bismuti verbleibt. Damit war eigentlich unsere Aufgabe gelöst und obwohl unsere Versuche den schützenden Wert dieses Verfahrens sowie seine Un-

---

[1]) Lesser, l. c. — [2]) Schoenfeld, Die vorbeugende Salvarsanbehandlung. M. m. W., 1922, Nr. 22, S. 5812. — [3]) Nach jeder Einspritzung bleibt der Organismus beinahe 3 Wochen ohne Salvarsan.

Digitized by Google

schädlichkeit erkennen ließen, messen wir unseren Ergebnissen zunächst nur eine theoretische Bedeutung zu. Wir sind weit davon entfernt, denselben eine praktische Bedeutung zuzuschreiben, weil wir wissen, daß die Schutzkraft, welche wir dem Körper durch das Magisterium Bismuti geben, nur gewisse Zeit andauert, und zwar nur so lange, als wir dasselbe anwenden[1]).

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Dr. S. Neumark) und dem chemisch-bakteriologischen Laboratorium (Leiter: Dr. E. Seliwanowa) der Krankenkasse zu Lodz.

Über das Verhalten des Blutzuckers bei Lues.

Von

Dr. S. Neumark und L. Tschatschkowska

(Schluß)

Magenta und Biasotti (29) stellten fest, daß hauptsächliche Antagonisten für Insulin Substanzen von sympathikotonischer Wirkung sind, wie z. B. das Adrenalin, Hypophysin, Morphin, Koffein, Strychnin, dagegen Substanzen von überwiegender parasympathikotonischer Wirkung, wie Kokain, Pilokarpin und Eserin, diese antagonistische Wirkung nicht ausüben.

Weinberger und Holzmann (30) sowie andere Autoren haben bei Diabetes mit Hypertonie oder ohne solche eine Blutdruckerniedrigung nach Insulin beobachtet. Diese Wirkung sei, gemäß der Meinung der genannten Autoren, dem antagonistischen Verhalten des Insulins in bezug auf das Adrenalin zuzuschreiben.

Die zweite innersekretorische Drüse von antagonistischer Wirkung gegenüber dem Pankreas ist die Hypophyse. Houssay und Magenta (31) haben bei Hunden die Hypophyse entfernt und stellten fest, daß dieselben sehr empfindlich für Insulin sind. Bei derart operierten Tieren kommt es nach Insulineinspritzung zu einer viel schnelleren und hochgradigeren Erniedrigung des Blutzuckerspiegels als bei gesunden Tieren. Insulindosen, die für gesunde Hunde ungefährlich sind, können bei operierten Tieren den Tod herbeiführen. Die gleichzeitige intravenöse Darreichung von Pituitrin und Insulin weist einen formellen Antagonismus in der Wirkung dieser beiden Mittel sowohl bei gesunden Individuen wie bei Diabetikern auf [Lawrence und Hewlett (32)]. Pituitrininjektion ruft Hyperglykämie sowohl bei Erwachsenen (Borchard) wie bei Säuglingen [Stern (33)] hervor. Der Antagonismus zwischen Insulin und Pituitrin ist in gleichem Maße hinsichtlich des Wasserhaushaltes des Organismus feststellbar [Serebrinski und Vollmer (34)].

Außer Nebennieren und Hypophysis zeigt die Thyreoidea in ihrem Verhalten gegenüber dem Pankreas einen gewissen Antagonismus. Duchenrau (35), Bodanski, Houssay und Busso (36) haben an Kaninchen, Schafen und Ratten festgestellt, daß die Schilddrüsenentfernung eine erhöhte Empfindlichkeit der Tiere gegenüber Insulin herbeiführt. Nach dem Schema von Eppinger, Falta und Rüdinger besteht auch beim Menschen ein gewisser Antagonismus zwischen Pankreas und Schilddrüse. Bei Hyperfunktion der Schilddrüse ist die alimentäre Hyperglykämie analog derselben wie bei Fettsüchtigen [Labbé (37)] oder Diabetikern [M. Labbé, H. Labbé und Nepveux (38)]. Nicht selten ist das Vorhandensein von Diabetes mit Basedow beobachtet worden. In derartigen Fällen ist die Insulinbehandlung häufig wirkungslos. Die guten Resultate der Insulinbehandlung bei der Basedowschen Krankheit ist auf Grund von Antagonismus zwischen Schilddrüse und Pankreashormon zu erklären. Lépine und Parturier (39). Mendel und Wittgenstein (40), Ritter (41) haben nach Anwendung von kleinen Insulindosen weitgehende Besserung des Basedow beobachtet.

---

[1]) In den letzten Monaten haben wir, um zu erfahren, was mit den prophylaktischen Einspritzungen des Magisterium Bismuti für die Bekämpfung der Syphilis zu erreichen ist, doppelt so starke Dosen jede zweite Woche angewendet.

Digitized by Google

Während die Hyperfunktion der Schilddrüse zur Abmagerung infolge erhöhter Dissimilation führt, ist eine erhöhte Tätigkeit des Pankreas mit Fettsucht verbunden. Auf dieser Grundlage beruht die Insulinbehandlung von Kranken, die sich im schlechten Ernährungszustande befinden. Falta (42), Bauer und Nyiri (43) haben bei Erwachsenen, Vogt (44) und Buttenwieser (45) bei Säuglingen in dieser Hinsicht gute Erfolge gehabt. Die Gewichtszunahme ist nicht nur auf Wasseranreicherung der Gewebe, sondern auch auf Fettzuwachs zurückzuführen. Umgekehrt bewirkt das Ergotamin, welches einen hemmenden Einfluß auf den Sympathikus hat und dadurch die Adrenalinwirkung schwächt, eine Erniedrigung des Blutzuckerspiegels und unterstützt die Wirkung von Insulin [Lesser und Zipf (46)].

Aus allen genannten Arbeiten und Erfahrungen geht hervor, daß im normalen Zustande zwischen zweierlei Faktoren von antagonistischem Verhalten ein Gleichgewicht besteht: zwischen Sympathikus und Parasympathikus und den innersekretorischen Drüsen von hyperglykämischer Wirkung wie Nebennieren, Hypophyse und Schilddrüse einerseits und Pankreas andererseits.

Zur Pathogenese der festgestellten Hyper- und Hypoglykämie bei Lues II und III sowie Lues latens zurückkehrend, darf man die Frage stellen, inwieweit die Erkrankung der Leber einen Einfluß auf das Verhalten des Blutzuckers ausüben kann; ist doch bekannt, daß Leberinsuffizienz eine häufige Erscheinung im Verlauf der Lues ist. Es ist aber beachtenswert, daß, obwohl die Leber das einzige zuckerproduzierende Organ ist, sogar bei hochgradigen Zerstörungen des Leberparenchyms der Blutzuckerspiegel normal bleibt oder in seltenen Fällen eine Erniedrigung desselben folgt [Priesel und Wagner (47)].

Normales Blutzuckerverhalten wurde von verschiedenen Autoren bei Icterus catarrhalis und lueticus, sowie bei verschiedenen anderen Erkrankungen der Leber festgestellt [Tachau, Pollack (15)]. In einem Falle von Lues hepatis erwies die Untersuchung einen zwar erhöhten, aber noch als normal anzusprechenden Blutzuckerspiegel (1,2‰). In einer Reihe von Fällen von Ikterus nach beendigter Kur stellten wir normale glykämische Werte fest. Nur bei einer Kranken mit Lues III, zugleich mit Neurodermitis disseminata und Ikterus war der Blutzuckergehalt erhöht (1,6‰ ohne Zucker im Urin). Die gute Wirkung der Insulinbehandlung sowie die nachgewiesene Hypovagotonie (vermittels der Atropinmethode von Daniélopolu) lassen die Deutung zu, daß in diesem Falle die Hyperglykämie wohl als Folge der Pankreasinsuffizienz aufzufassen war.

Zur Feststellung der Leberinsuffizienz bedient man sich verschiedener Funktionsprüfungen, von denen wohl keine von Fehlerquellen frei ist. So z. B. die Haysche Reaktion im Urin [Doumer (48), Simon (49)], die Glykuronsäureprobe im Urin (Brulé, Garban und Amer (50)] oder die Phenoltetrachlorphtaleinprüfung laut Technik M. S. Rosenthal [Fiessinger und Longchampt (51)] sind keineswegs verlässiger als viele andere. In einer ganzen Reihe von Fällen von Lues sowohl mit normalem Blutzuckergehalt wie auch mit Hypo- und Hyperglykämie stellten wir die Leberfunktionsprüfung vermittels oraler Darreichung von 40 g Galaktose, welche uns von der Firma G. Richter in Budapest in liebenswürdigster und entgegenkommendster Weise unentgeltlich zur Verfügung stellte. Die Untersuchungen haben im Einklang mit den Ergebnissen

Digitized by Google

Tabelle

Name und Vorname	Blutzucker nüchtern in ‰	Pulszahl vor der Atropineinspritzung	Atropin intravenös in mg	Pulszahl nach Vaguslähmung
Ir. E.	1,5	100/101	1,4	116/138/116/118
M. M.	26. VIII. 1924 1,5	101/101	1,2	120/142/120
M. M.	6. X. 1924 1,15	94/93	1,0	135/153/135
C. M.	0,72	69	1,5	116/137/116
Daw.	0,8	80	1,8	118/134/118
W. H.	1,3	84	1,4	120/134/119
J. A.	1,0	112	1,7	124/136/124
Sz. L.	1,3	80	1,2	150/168/148
Gr. R.	1,4	96	1,6	120/130/120
L. H.	0,99	84	1,6	120/128/129
Sz. Br.	0,54	76	1,2	107/132/107

der Arbeit von WÖRNER (52) gezeigt, daß in Fällen von Icterus catarrhalis oder Salvarsanikterus die Menge der mit Urin ausgeschiedenen Galaktose 3 g übertraf. Gleichzeitig konnte man eine Erhöhung des Blutzuckerspiegels innerhalb 3—4 Stunden nach Galaktoseeinnahme und dann Zurückkehren desselben zur Norm feststellen [s. KÄHLER (53)].

1. B. K., Lues latens. Icterus post curationem. Blutzuckergehalt nüchtern 1,21‰. 1 Stunde nach Darreichung von 40 g Galaktose 1,94‰, nach 3 Stunden 1,74‰, nach 4 Stunden 1,2‰. Galaktose im Urin ausgeschieden 4,7 g.

2. J. A. Lues III: Nach beendigter Kur — Ikterus. Blutzuckergehalt nüchtern 0,96‰, 1 Stunde nach Verabfolgung von 40 g Galaktose 2,4‰, nach 2 Stunden 1,44‰, nach 3 Stunden 1,16‰, nach 4 Stunden 1,16‰. Galaktose im Urin 3,75 g.

3. T. A. Lues latens. Nach Beendigung der antiluetischen Behandlung — Ikterus. Blutzuckergehalt nüchtern 1,0‰, 1 Stunde nach Verabfolgung von 40 g Galaktose 2,0‰, nach 2 Stunden 1,38‰, nach 3 Stunden 1,28‰, nach 3 Stunden 1,0‰. Galaktose im Urin 3,7 g.

4. E. S. Lues latens. Nach durchgemachter Kur — Ikterus. Blutzuckergehalt nüchtern 0,8‰, 1 Stunde nach Einnahme von 40 g Galaktose 1,3‰, nach 2 Stunden 1,18‰, nach 3 Stunden 1,06‰. Galaktose im Urin 3,6 g.

5. R. E. Lues hereditaria. WR ++++. Blutzuckergehalt nüchtern 0,72‰. 1 Stunde nach Darreichung von 40 g Galaktose 0,82‰, nach 2 Stunden 0,78‰, nach 3 Stunden 0,70‰. Galaktose im Urin ausgeschieden 0,46 g.

Gleichfalls in einer Reihe von Fällen mit Hyper- und Hypoglykämie, in denen klinisch keine Symptome einer Leberinsuffizienz nachzuweisen war, ergab die BAUERsche Funktionsprüfung negative Resultate (Menge der ausgeschiedenen Galaktose unterhalb 2 g).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, daß bei den Erscheinungen von Hyper- oder Hypoglykämie im Verlauf der Lues die Leberinsuffizienz wohl keine größere Rolle spielen konnte. Dagegen ergaben die funktio-

Digitized by Google

IX

Vagotonus	Sympathikotonus	Pilokarpin 0,75 cg intravenös	Ergebnisse der Untersuchung	Bemerkungen
116—118—100 = 16 — 18	116—118	schwaches Schwitzen, Speichelmenge 200 ccm	Hypovagotonie	Lues II. WR ++++
120 — 101 = 19	120	unbedeutendes Schwitzen, Speichelmenge 120 ccm	Hypovagotonie	Lues II. WR ++++ Leukomelanodermie
135 — 94 = 41	135	schwaches Schwitzen, Speichelmenge 150 ccm	l. Sympathikotonie	nach beendigter Behandlung
116 — 69 = 47	116		Amphotonie	Lues II. WR ++++
118 — 80 = 38	118		Amphotonie	Lues II. WR ++++
120 — 84 = 36	120		Amphotonie	Lues latens. WR ++
124 — 112 = 12	124		Hypovagotonie	Lues II. WR ++++
150 — 80 = 70	150		Hyperamphotonie	Lues latens. Leukomelanodermie WR ++++
120 — 96 = 24	120		Hypovagotonie	Lues III. WR —
120 — 84 = 36	120		Amphotonie	Lues latens. WR —
107 — 76 = 31	107	schwaches Schwitzen, Speichelmenge 100 ccm	Hypoamphotonie	Lues III. WR ++++

nellen Prüfungen des vegetativen Nervensystems nach der Atropinmethode von DANIÉLOPOLU bei Luetikern mit normalem Blutzuckergehalt sowohl mit Hyper- und Hypoglykämie bis zu einem gewissen Grade übereinstimmende Resultate.

Die Tabelle IX enthält als Beispiel die Ergebnisse einer Reihe von solchen Untersuchungen. Im allgemeinen kann man konstatieren, daß der Hyperglykämie — Sympathikotonie oder Hypovagotonie, dem normalen Blutzuckergehalt — Amphotonie und der Hypoglykämie — Hypoamphotonie entspricht.

Diese Untersuchungen bestätigen die Rolle des vegetativen Nervensystems in der Pathogenese der Hyper- und Hypoglykämie im Verlauf der Lues. Hyperglykämie ist als eine Verteidigungsreaktion des Organismus infolge eines Reizzustandes des sympathischen Nervensystems aufzufassen, Hypoglykämie dagegen dient als Ausdruck einer verminderten Widerstandskraft der Gewebe, worauf die Hypoamphotonie des vegetativen Nervensystems hindeutet. Die glykämischen Schwankungen im Verlauf der Lues weisen auf Tonusveränderungen des vegetativen Nervensystems in demselben Grade hin, wie die von GLASER (54) nachgewiesenen Schwankungen im Kalkgehalt des Blutserums im Verlauf der Infektionskrankheiten. Sympathikotonie im Verlauf von Erythemen verschiedener Herkunft sowie im Verlauf von Infektionskrankheiten wurde von LAURENT (55), GARRELON und SANTENOISE u. a. festgestellt; der Reizzustand des sympathischen Nervensystem vermindert sich oder bleibt aus, falls der Organismus zur Norm zurückkehrt.

Digitized by Google

Das Fieber im Verlauf von Infektionskrankheiten wird von vielen Autoren [Glaser, Veil (56)] als Ausdruck einer Sympathikotonie betrachtet; bekannt ist dabei, daß man bei Fieberzuständen Hyperglykämie konstatieren kann, welche wohl auf eine erhöhte Funktion des sympathischen Nervensystems sowie auch der innersekretorischen Drüsen, hauptsächlich der Nebennieren im Kampf gegen die deletären Folgen der Infektion, hindeutet. Bekanntlich verordnet man manchmal im Verlauf der Infektionskrankheiten sowohl als Vorbeugungsmaßregel gegen Auftreten von Chokzuständen intravenöse Injektion von konzentrierten Traubenzuckerlösungen. Hyperglykämie sowohl im Verlauf der Lues als auch anderer Infektionskrankheiten ist also als eine Schutzreaktion des Organismus anzusehen gegenüber dem Chok, der durch Anwesenheit im Organismus von pathogenen Mikroorganismen infolge von parenteralem Eiweißzerfall fremder und eigener Herkunft hervorgerufen ist. Vorübergehende Veränderungen im Blutzuckergehalt in verschiedenen Stadien der Lues weisen auf funktionelle Störungen im vegetativen Nervensystem sowie der innersekretorischen Drüsen als auch auf die Bedeutung derselben im Kampf des Organismus mit dem Luesvirus hin.

Schlußfolgerungen

1. Im Verlauf der Lues II und III sowie Lues latens kann man Hyperglykämie, d. h. Blutzuckerspiegel im Gesamtblut nüchtern von über 1,2‰, aber nicht über 1,6‰ ohne Vorhandensein von Zucker im Urin, feststellen. Diese Hyperglykämie schwindet nach spezifischer Behandlung.

In einer Reihe von Fällen von Lues II, III, Lues latens und Lues hereditaria wurde Hypoglykämie, d. h. Blutzuckerwerte unter 0,65‰ konstatiert, die gewöhnlich nach antiluetischer Kur verschwand.

2. Intravenöse Darreichung von 0,45 g Neosalvarsan ruft einen Chok aus, welcher sich in wellenartigen glykämischen Schwankungen dokumentiert sowohl bei Individuen mit normaler Glykämie wie auch bei Individuen mit Hypo- und Hyperglykämie und bei Diabetikern. Diese Schwankungen weisen auf eine Reizung des vegetativen Nervensystems infolge des Choks hin.

3. Im Zustandekommen von Hyper- und Hypoglykämie im Verlauf der Lues spielt die Leberinsuffizienz keine größere Rolle.

4. Die Untersuchungen des vegetativen Nervensystems vermittels der Atropinmethode nach Daniélopolu lassen die Deutung zu, daß Hyperglykämie als Ausdruck einer Reizung des sympathischen Nervensystems oder verminderten Erregbarkeit des Vagus (Sympathikotonie oder Hypovagotonie), dagegen Hypoglykämie entsprechend der Hypoamphotonie des vegetativen Nervensystems aufzufassen ist.

Literatur

1. M. Pinard, La Médecine, 1922; ref. Ann. de Derm., 1925, Nr. 1. — 2. Touffilet. Thèse de Paris; ref. Ann. de Derm., 1924, Nr. 4. — 3. Rosenbloom, Am. J. of syphil. 1921; ref. Ann. de Derm., 1923, Nr. 11. — 4. Rathery und Fernet, Bull. de la soc. des hôp. de Paris, 1922, Nr. 12. — 5. Villaret und Blum, Soc. méd. des hôp., 13. Januar 1921. — 6. Achard, Cinq leçons sur le diabète, Masson 1925. — 7. Lépine. Le sucre

Digitized by Google

du sang. Alcan 1919. — 8. Geiger, Kl. W., 1925, Nr. 26. — 9. Pick, Derm. W., 1921, Bd. 72. — 10. Memmesheimer, Arch. f. Derm., Bd. 142, H. 2. — 11. Schulmann, Presse méd., 1924, Nr. 76. — 12. Lambling, Précis de Biochemie, Masson 1921. — 13. Schmidt, M. Kl., 1924, Nr. 16. — 14. Urbach, Kl. W., 1923, Nr. 17. — 15. Leo Pollack, Physiologie und Pathologie der Blutzuckerregulation. Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, 1923, Bd. 23. — 16. Radoslaw, Wien. Arch. f. klin. Med., 1924, zit. nach Falta, Über Insulinbehandlung. Sonderbeilage der W. kl. W., 1925, Nr. 40. — 17. Achard, Binet und Courmand, Soc. de Biologie, 1922, S. 714. — 18. Laignel-Lavastine, Pathologie du sympathique, Alcan 1924. — 19. Tornissen, Kl. W., 1923, Nr. 11. — 20. Brugsch, Dresel und Levy, zit. nach Brugsch und Schittenhelm, Klin. Laboratoriumstechnik, 1924, Bd. 2. — 21. J. Camus, Gournay und Le Grand, Presse méd., 1925, Nr. 16. — 22. Urechia und Nitzescu, Bull. de l'Acad. de Méd., 1925, Nr. 7. — 23. Santenoise und Tinel, Soc. de Biologie, 1923, Séance de 16. Juni, Presse méd., 1923, Nr. 84. — 24. Garrelon, Santenoise und Le Grand, Soc. de biol., 11. Nov. 1925. — 25. Houssay, Lewis und Molinelli, Soc. de biol., 1924, S. 1011. — 26. Lewis und Magenta, Soc. de biol., 1924. — 27. Hallion und Gayet, Soc. de biol., 1925. — 28. Maranon, Presse méd., 1925, Nr. 101. — 29. Magenta und Biasotti, Soc. de biol., 1923, S. 1125. — 30. Weinberger und Holzmann, The J. Am. m. Ass., 1924, Bd. 33, Nr. 16, Presse méd., 1925, Nr. 41. — 31. Houssay und Magenta, Soc. de biol., 1925; Houssay, Presse méd., 1925, Nr. 15. — 32. Lawrence und Hewlett, The Brit. med. Assoc., 1925, Presse méd., 1925, Nr. 89. — 33. Stern, M. Kl., 1925, Nr. 27. — 34. Serebrinskij und Vollmer, Kl. W., 1925, Nr. 47. — 35. Duchenau, Soc. de biol., 1924, S. 248. — 36. Houssay und Busso, Soc. de biol., 1924, S. 1037. — 37. Labbé und Boulin, Soc. méd. des hôp., 1925, Nr. 15, Labbé, Ann. de méd., 1925, Nr. 2. — 38. M. Labbé, H. Labbé und Nepveux, Compt. rend. Soc. Biol., 1922, S. 1014. — 39. Lépine und Parturier, Soc. de biol., 1924, S. 269. — 40. Mendel, M. m. W., 1925, Nr. 6, S. 221. — 41. Richter, M. Kl., 1925, Nr. 39. — 42. Falta, W. kl. W., 1925, Nr. 27. — 43. Bauer und Nyiri, M. Kl., 1925, Nr. 31. 44. Vogt, Zbl. f. Gyn., 1925, Nr. 41; M. Kl., 1926, Nr. 25. — 45. Buttenwieser, M. Kl., 1925, Nr. 18. — 46. Lesser und Zipf, Bioch. Zschr., 1923, zit. nach Waltner, W. kl. W., 1925, Nr. 46. — 47. Priesel und Wagner, Kl. W., 1925, Nr. 22. — 48. Doumer, Presse méd., 1925, Nr. 80. — 49. Simon, Kl. W., 1923, Nr. 11. — 50. Brule und Garban, Presse méd., 1925, Nr. 51. — 51. Fiessinger und Longschampt, Presse méd., 1925, Nr. 62. — 52. Wörner, Kl. W., 1923, Nr. 5. — 53. Kähler, M. Kl., 1925, Nr. 35. — 54. Glaser, Kl. W., 1925, Nr. 34. — 55. Laurent, Thèse de Paris, 1922. — 56. Veil, M. m. W., 1924, Nr. 17.

Versammlungen

Demonstrationsabende der Chemnitzer Hautärzte

Sitzung vom 1. Oktober 1926

Müller: 40jähr. Patient mit einer seit 6 Jahren bestehenden ulzerösen Affektion der linken Schläfe. **Epitheliom? Lues III?** (WR —). Soll durch histologische Untersuchung geklärt werden.

Eichhorn: 1. Ausgedehnte **Pityriasis rosea.**

2. **Lupus erythematosus discoides.**

3. **Lupus erythematosus** im Gesicht, am Kopf und an den Händen.

4. Fall zur **Diagnose.**

John: 1. Papulöse **Pityriasis rosea.**

2. **Lichen ruber planus.**

Frühwald: 1. **Streichholzschachteldermatitis** bei einem Oberpfleger der Abteilung.

2. **Neurodermitis** des Unterschenkels.

3. 23jähr. Kranke mit **Vagina septa** und **Uterus duplex.** Die rechte Zervix war blennorrhoisch erkrankt.

4. **Pemphigus vegetans.**

5. Ausgedehnte **Impetigo contagiosa** bei einem 3jähr. Mädchen, die draußen als Pemphigus angesehen worden war.

Digitized by Google

Smitt (Hautabteilung): 1. Fleckiges Exanthem nach **Togal.**
2. **Lues III.**
3. **Epitheliom** am linken inneren Augenwinkel.
Onderka (Hautabteilung): 5jähr. Kind mit starkem **Ausfluß**; in der Vagina fand sich ein Holzspan.
Delling (Hautabteilung): Blennorrhoische **Hodenfistel.** Gc +.

Sitzung vom 5. November 1926

John: Fall zur **Diagnose.** Wahrscheinlich multiple **Epitheliome.**
Ploss: **Lichen ruber planus annularis.**
Frühwald: 1. **Syringozystadenome.**
2. Bilder einer inzwischen verstorbenen Frau mit **Mycosis fungoides.**
Böttger (Hautabteilung): 1. **Primäraffekt** der Unterlippe.
2. **Lues II.**
Delling (Hautabteilung): **Gumma** an der Nase.
Smitt (Hautabteilung): 1. **Alopezie** infolge seborrhoischen Ekzems.
2. Patient mit Rezidiv eines **Epithelioms** am Nasenflügel.
Onderka (Hautabteilung): **Lysolverätzung** an der linken Wange durch Suizidversuch.

Sitzung vom 3. Dezember 1926

Frühwald: 1. **Orchitis syphilitica.**
2. Angeborene **Verengerung der ganzen Harnröhre.** Röntgenbild.
Smitt (Hautabteilung): 1. Geschwür an der linken Schläfe. WR ++++. Trotzdem wird die Diagnose: **Epitheliom** gestellt. Histologisch: Basalzellenkarzinom.
2. **Veramonexanthem.**
Böttger (Hautabteilung): 1. **Lues II.**
2. **Lues II und Ichthyosis.**
3. **Herpes zoster** bei einer mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken.
Onderka (Hautabteilung): 1. $^1/_2$jähr. Kind mit einem **Hämangiom** der Kniekehle.
2. **Wismutstomatitis.**
Frühwald: **Salvarsanexanthem** im Dauerbad.

Sitzung vom 7. Januar 1927

Eichhorn: 1. **Salvarsanexanthem.**
2. **Tuberculosis verrucosa cutis.**
3. **Tuberoserpiginöses Syphilid** am rechten Oberschenkel.
4. **Pigmentationen** im Gesicht nach Schälkur.
Frühwald: 1. **Lichen syphiliticus** und **Periostitis** am Scheitelbein.
2. **Wismutsaum** bei einer Kranken, die im Jahre zuvor Wismut-Diasporal bekommen hatte.
3. **Leucoderma syphiliticum** bei einer Krankheitsdauer von über 4 Jahren.
4. **Gonorrhoische Periostitis** der Ulna.
Böttger (Hautabteilung): 1. **Narben nach Herpes zoster.**
2. **Primäraffekte** an den kleinen Schamlippen.
Smitt (Hautabteilung): **Veramonexanthem.**

Sitzung vom 4. Februar 1927

Müller: Fall zur **Diagnose.** Seit 3 Jahren bestehende entzündliche Infiltration der Eichel mit Ulzeration und Fistelbildung.
Frühwald: 1. **Verbrennung** durch galvanischen Strom bei Iontophorese wegen hartnäckiger Blennorrhoe.
2. **Favus.**
3. Roseolaartiges Exanthem nach **Tennosin.**
4. **Herpes febrilis palpebrae** bei Epididymitis blennorrhoica.
5. **Naevus anaemicus.**
Smitt (Hautabteilung): **Verbrennung** 2. Grades am Unterschenkel durch Sitzen auf dem Fensterbrett, unter dem die Dampfheitzung läuft.
Onderka (Hautabteilung): 6 Wochen alter Säugling mit einem **Dekubitalgeschwür** am Nabel infolge eines Druckverbandes wegen Nabelbruch.

Digitized by Google

Sitzung vom 4. März 1927

Negendank: **Lichen ruber planus.**
John: **Nebenhodentuberkulose.**
Frühwald: 1. Frau mit **Erythema multiforme bullosum** an Stamm, Extremitäten und Lippen.
2. Mann mit **Erythema multiforme bullosum** am Körper, im Mund und an der Harnröhrenmündung.
3. **Trichophytia superficialis.** Kulturell: Trichophyton gypseum.
4. **Naevus anaemicus.**
Böttger (Hautabteilung): 1. **Leukoderma psoriaticum.**
2. **Ulcera mollia elevata.**
Smitt (Hautabteilung): 1. **Herpes genitalis.**
2. Guter Erfolg mit **Pyotropin** bei Lupus im Gesicht.
Onderka (Hautabteilung): 1. **Aphthen** an den kleinen Schamlippen.
2. **Lues II.**
3. Tripperkranke Frau, bei der ein **Primäraffekt** auftrat.

Sitzung vom 6. Mai 1927

Eichhorn: **Sarcomatosis cutis.** Zahlreiche hirsekorn- bis linsengroße harte Tumoren, über Stamm und Extremitäten verstreut.
Frühwald: 1. Demonstration des **Röntgenbildes der Harnröhre** des von Müller in der Februarsitzung vorgestellten Mannes.
2. **Röntgenbild** des in der Dezembersitzung vorgestellten Falles. Außer der Striktur findet sich ein großer **periurethraler Abszeß.**
3. 15 Wochen altes Kind mit schwimmhosenartig lokalisiertem **Erysipel.**
4. **Striae atrophicae** oder **Inzisionsnarben?** an den Knien bei einem Manne, der im Kriege Gasbrand gehabt hatte.
5. **Leukoderma psoriaticum.**
6. **Bogenförmiges Ekzem** der Brüste einer Stillenden infolge Abdrückens der Milch.
7. **Naevus anaemicus.**
8. Residuen von **kongenitaler Syphilis**: Sattelnase, Hornhautnarben, Narben an den Mundwinkeln.
9. Dermatitis durch **Salmiak.**
Böttger (Hautabteilung): **Tuberculosis verrucosa cutis** der großen Zehe.
Smitt (Hautabteilung): Fleckiges Exanthem durch **Robichinal.**

Sitzung vom 17. Juni 1927

Sturm: **Leukoderm im Gesicht,** Besserung durch Bergamottöl und Quarzbestrahlung.
John: 1. **Lupus erythematosus.**
2. **Pseudopelade Brocq?**
Frühwald: 1. Bilder einer **Vaccinia.**
2. Der von Eichhorn in der Maisitzung als Lupus erythematosus vorgestellte Fall; histologisch **Lupus vulgaris.**
3. **Bromoderma tuberosum** bei einem 13jähr. Knaben.
4. **Mycosis fungoides.** Histologisch verifiziert.
Böttger (Hautabteilung): **Salvarsandermatitis.**
Smitt (Hautabteilung): **Lues III.**
Delling (Hautabteilung): **Alopecia syphilitica diffusa.**

Sitzung vom 1. Juli 1927

John: Der vor einem Jahr vorgestellte Kranke mit einem Neuausbruch. Damals Vermutungsdiagnose: **Epitheliome.** Jetzt histologische Untersuchung: **Präkanzeröse Dermatose.**
Eichhorn: **Fall zur Diagnose.**
Frühwald: 1. Bergarbeiter mit **Kohleneinsprengung.**
2. **Stomatitis mercurialis** nach Behandlung einer Psoriasis mit einer 5%igen Quecksilberpräzipitat enthaltenden Salbe.

Digitized by Google

3. Kreisförmiger **Naevus flammeus im Nacken.**
4. **Paraurethraler Gang** im Röntgenbild.
Delling (Hautabteilung): 1. **Periostitis syphilitica** der rechten Tibia.
2. **Lues I.**
Smitt (Hautabteilung): 1. Stark ausgeprägte **Psoriasis plantaris syphilitica.**
2. Auffallend große **Maculae caeruleae.**
Onderka (Hautabteilung): **Roseola annularis.**

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 3, Nr. 1

Comparative Studies in Organic Arsenic Derivatives (Vergleichende Untersuchungen organischer Arsenverbindungen), von A. J. Ewins und J. G. Everett. S. 1. Salvarsan wird innerlich nur bei Amöbenruhr empfohlen, wo es in Dosen von 0,2—1 g von guter Wirkung war. Noch bessere Erfolge wurden bei der Ruhr vom Stovarsol gesehen. Es wird in Dosen von 7 g wöchentlich gegeben und hat auch als Syphilisprophylaktikum besonderen Wert. Beim Stovarsol ist die dreifache, bei anderen Arsenverbindungen eine viel höhere Dose bei oraler Verabreichung nötig als bei intravenösen.

On Ulcerating Granuloma of the Pudenda (Granuloma venereum), von Ph. Manson-Bahr und S. M. Anderson. S. 12. Das ulzeröse Granulom ist eine Geschlechtskrankheit der Tropen, die 7 Tage nach dem Verkehr, bei extragenitaler Infektion später, als tiefgranulierendes, Zerstörungen hervorrufendes Geschwür auftritt. Die WR ist immer negativ und Salvarsan ohne jeden Erfolg. Regelmäßige Injektionen von Brechweinstein und 1%iges Brechweinstein-Vaselin haben sich therapeutisch bewährt. Noch besser scheint das Präparat Heyden 471 zu wirken.

Gonorrhoea, von L. W. Harrison. S. 24. Das Anlegen einer Kultur gibt manchmal erst eine Entscheidung und eine positive Komplementfixierung schützt oft vor übereilter Gesunderklärung. Die Proteintherapie muß besser ausgebaut werden. Diathermie bewährt sich bei Komplikationen.

A Preliminary Note on the Employment of Certain Constituents of the Gonococcus in Treatment and of Other Constituents in Tests of Cure (Vorläufige Mitteilung über Anwendung gewisser Bestandteile des Gonokokkus zur Behandlung und anderer Bestandteile zur Feststellung der Heilung), von E. C. Lambkin. S. 33. Gonokokken, die auf animalischen Nukleo-Protein-Nährböden gezüchtet werden, entwickeln Polarkörper ähnlich den Diphtheriebazillen. Eine Vakzine aus diesen Kokken ist besonders antigenreich und eignet sich zur intradermalen Injektion, wie zur intraurethralen Behandlung. Dabei werden mit 15 ccm 100000 Millionen Organismen injiziert. Die so behandelten Fälle verlaufen leicht und komplikationslos. Eine andere Vakzine, die gerade auf toxische Reizwirkung eingestellt wird, ruft bei intraurethraler Injektion neuen Ausfluß bei noch bestehender Krankheit hervor.

Gonorrhoea, von L. W. Harrison und E. C. Lambkin. S. 53. Die Vakzinemethode erscheint als besonders aussichtsreich; es wird aber darauf hingewiesen, daß mit dem Präparat „Immunugen" ähnliche Erfolge erreicht werden.

The Routine Treatment of Syphilis and Gonorrhoea (IV), von F. Pinkus-Berlin. S. 60. F. Rosenthal-Berlin.

Digitized by Google

Dermatologische Zeitschrift

1927, Bd. 51, H. 1

Über Versuche, das Lama mit Syphilis zu infizieren, von E. Hoffmann und E. Zurhelle, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 1. Weder durch Skarifikation an der After- und Präputialhaut mit Papelsekret vom Menschen, noch durch Einbringen von Stückchen menschlicher Genitalpapeln oder großer Kaninchenschankerstücke in Hodensacktaschen, noch durch Injektion spirochätenreicher Emulsion von Kaninchenschankern unter die Konjunktiva, noch durch Einführung von zwei großen Stücken eines Kaninchenschankers in die vordere Augenkammer gelang es, ein männliches Lama syphilitisch zu infizieren. Auch wiederholte Überimpfung von Leistendrüsen des Lamas auf gesunde Kaninchen waren erfolglos. Die Drüsen selbst zeigten weder bei frischer Untersuchung noch im Silberschnitt Spirochäten oder Veränderungen, die auf ein Haften des Virus schließen ließen. WR im Serum und Liquor waren negativ, ebenso SGR und MTR, Goldsol- und Mastixreaktion. Bei der Sektion des Lamas, das an Pneumonie zugrunde ging, zeigten sich keine Spuren einer luetischen Erkrankung. Das Lamaserum besitzt weder schützende noch heilende Wirkung. Verff. nehmen an, daß Jáuregui und Lancelotti bei ihren Versuchen einem Irrtum zum Opfer gefallen sind. Das Lama ist für Syphilisforschung völlig ungeeignet.

Die Spezifität der Tuberkulinreaktion, von K. Zieler und J. Hämel, Univ.-Hautkl. Würzburg. S. 4. Schon die klinische Beobachtung des Ablaufes der einzelnen Impfreaktionen ergibt einen deutlichen Unterschied zwischen der spezifischen Tuberkulinreaktion und den Reaktionen durch unspezifische Stoffe. AT- bzw. TB-Hautimpfungen erreichen ihren Höhepunkt erst nach 48 Stunden, während sämtliche unspezifischen Reaktionen schon nach 24 Stunden ihr Höchstausmaß besitzen, um dann rasch abzuklingen. Kleinste Mengen ($^1/_{10}$ mg und weniger) von TB-Verreibungen, AT, Dialysate aus TB usw. erzeugen positive Hautimpfungen nur bei tuberkulösen Menschen, niemals bei tuberkulosefreien. Andere bakterielle Stoffe (Koli usw.) dagegen bewirken positive Reaktionen in gleicher Weise bei tuberkulösen und tuberkulosefreien Menschen. Die „Aufflammungen" unspezifischer Impfstellen nach subkutaner Nachimpfung mit AT unterscheiden sich deutlich von den Aufflammungen der Tuberkulin-Impfherde. Sie entsprechen den bekannten Pseudoreaktionen, wie sie z. B. durch Goldsalze an tuberkulösen Herden hervorgerufen werden. Damit ist der Haupteinwand, den Selter gegen die Spezifitätslehre erhebt, widerlegt. Vergleicht man histologisch die Wirkung von AT und von Kulturfiltraten (Koli usw.), so sieht man, daß AT nur beim Tuberkulösen tuberkuloides Gewebe erzeugt, Kulturfiltrate dagegen nur unspezifisches Granulationsgewebe. Es ist natürlich unzulässig, AT-Hautimpfungen in histologischer Beziehung mit solchen zu vergleichen, die mit Bazillenverreibungen angelegt sind. Letztere rufen ebenso wie andere nicht rasch resorbierbare Stoffe beim Tuberkulösen und Tuberkulosefreien tuberkuloides Gewebe hervor. Da AT nie imstande ist, bei tuberkulosefreien Menschen tuberkuloides Gewebe zu erzeugen, so sind die positiven Tuberkulinhautreaktionen, die stets aus tuberkuloidem Gewebe bestehen, als neugebildeter tuberkulöser Herd, d. h. als spezifisch anzusehen.

Die Bedeutung klinischer Untersuchungen am achten Gehirnnerven für die Diagnose und Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems mit besonderer Berücksichtigung des Baranyschen Zeigeversuches und ihre Beziehungen zu Liquorveränderungen, von A. M. Memmesheimer und G. Theissing, Univ.-Hautkl. Bonn. S. 17. Mit Hilfe des Baranyschen Zeigeversuches wurde festgestellt, daß der Nervus octavus und besonders sein vestibularer Anteil sehr frühzeitig bei Lues erkrankt. Im Verlauf der Lues steigt und fällt die Zahl der Vestibulariskranken mit der Erkrankung des Zentralnervensystems überhaupt bzw. mit dem Ausheilen der Krankheit. Stets bleibt jedoch der Zeigeversuch länger als Blut- und Liquorreaktionen positiv. Bei Späterkrankungen sind Liquor und Zeigeversuch in einem hohen Prozentsatz gleichzeitig positiv. Ob die Vestibularisschädigung für den Verlauf der Lues und vor allem im Hinblick auf Störungen der Gehirngefäßinnervation prognostisch von Bedeutung ist, wird sich erst später entscheiden lassen.

Beitrag zur sogenannten Spirochaetosis arthritica (Reiter), von R. Frühwald-Chemnitz. S. 35. Bericht über 2 Fälle. Die Krankheit, die zuerst von Reiter erkannt worden ist, weist eigenartige und charakteristische klinische Symptome auf, die ihre Sonderstellung rechtfertigen. Die Erkrankung beginnt mit Urethritis, dann folgt Konunktivitis und Arthritis, Gonokokken werden niemals gefunden. Der ganze Prozeß ist

Digitized by Google

von Fieber begleitet. Therapeutisch sind Salizylpräparate, Neosalvarsan, Kaseosan unwirksam. Die Behandlung ist rein symptomatisch. Die Spirochaeta forans — nach Reiter der Erreger der Krankheit — konnte im Blute nachgewiesen werden. Im Gegensatz zu den Mitteilungen Reiters verliefen die beiden vom Verf. beobachteten Fälle gutartig und milde und heilten nach einigen Wochen ab. In einem Fall begann die Erkrankung nicht mit Urethritis, sondern mit Arthritis. Im übrigen stimmte das Krankheitsbild mit den 12 bisher in der Literatur beschriebenen Fällen überein.

Experimentelles und Klinisches über Krampfaderverödung, von J. Dörffel, Univ.-Hautkl. Königsberg in Pr. S. 41. 30%ige Kochsalzlösung ruft rascher und intensiver eine Verödung hervor als 50—60%ige Traubenzuckerlösung. Letztere verursacht dafür geringe entzündliche Erscheinungen in der Venenwand und Venenumgebung und dadurch weniger Schmerzen nach der Verödung. 2 Tage nach der Injektion ist bereits eine Wandverdickung fühlbar, die vom 6. Tage an zur Obliteration der Vene führt. Die histologische Untersuchung ergab, daß die durch die Injektion gesetzte Schädigung der Intima eine obliterierende Endophlebitis bewirkt, an die sich sekundär eine Thrombosierung anschließt, und zwar bildet sich an der Gefäßwand ein Abscheidungsthrombus und in den durch Intimawucherung entstandenen Sproß- und Trabekelwerkbildungen kleine Stagnationsthromben, die fest verankert liegen bleiben. Eine Emboliegefahr ist somit so gut wie ausgeschlossen. F. Harry-Wiesbaden.

Proceedings of the Royal Society of Medicine

Bd. 20, Nr. 9

Section of Dermatology

Sitzung vom 17. März 1927

H. C. Semon: **Lupus Erythematosus, Treated by Krysolgan** (Lupus erythematosus mit Krysolgan behandelt). S. 83. Die seit 17 Jahren erkrankte, ausgesprochen tuberkulöse Patientin erhielt in Abständen von 8—14 Tagen intravenöse Krysolganeinspritzungen von 0,015—0,75 steigend. Völliges Schwinden der Erscheinungen innerhalb von 2 Monaten. Als Nebenerscheinung traten starke Gliederschmerzen auf. Regelmäßige Urinuntersuchung ist erforderlich, doch wurde hier niemals Albumen gefunden.

A. M. H. Gray: **Case of von Recklinghausen's Disease Without Tumour Formation** (Fall von Recklinghausenscher Krankheit ohne Geschwulstbildung). S. 84. Der Fall zeigt diffuse café au lait-Pigmentierung, besonders im Nacken, unregelmäßige bräunliche Flecke im oberen Teile der Brust und des Nackens sowie in lineärer Anordnung am rechten Arm, schuppende braune und schwarze Pigmentflecke im Gesicht, Nacken, Rumpf, Extremitäten. Keinerlei Geschwulstbildung.

F. P. Weber: **Case of ? Angioma Serpiginosum: for Diagnosis** (Fall zur Diagnose: Angioma serpiginosum?). S. 85. An der Ulnarseite des Unterarmes und dem Handrücken treten leicht erhabene erythematöse Papeln auf, die allmählich bräunlich werden und sich involvieren, sie sind z. T. gruppiert. Es könnte sich um eine eigenartige Form von Lichen planus oder ein frühes Stadium von Angioma serpiginosum handeln. Allerdings fehlt die charakteristische ringförmige Anordnung, die gewöhnlich hierbei und bei der Purpura annularis teleangiektodes angetroffen wird. Die Ansicht, daß es sich um Artefakte handeln könne, wird zurückgewiesen.

J. A. Drake: **Case of (?) Erythromelalgia: for Diagnosis** (Fall zur Diagnose: Erythromelalgie?). S. 86. Schmerzen und Schwellung am linken Fuß, dunkelbläuliche Rötung am Fußrücken, dicht hinter der 2.—4. Zehe, an diesen selbst und an der großen Zehe. Zirkulationsstörungen.

H. W. Barber: **Mycosis Fungoides.** S. 87. Vor 40 Jahren Syphilis. Seit 5 bis 6 Monaten juckende Efloreszenzen, infiltrierte, schuppende, bräunlichrote Flecke, einige ulzeriert mit Krusten. An Armen und Beinen figurierte Plaques, die z. T. zentrale Inseln gesunder Haut zeigen.

H. W. Barber: **Benign Lymphogranuloma (Schaumann)** (Benignes Lymphgranuloma [Schaumann]). S. 88. Ausgebreitete weiche bläuliche Schwellungen und Knötchen.

J. T. Ingram: **Keratosis Pilaris.** S. 89. Leichte Ichthyosis, verbunden mit follikulärer Keratosis, die nach Einreibungen mit Kampferöl aufgetreten ist.

Digitized by Google

J. T. Ingram: **Grouped Comedones** (Gruppierte Komedonen). S. 90. Fall bei einem 14 Monate alten Kinde, anscheinend durch Kampferöl hervorgerufen, das vielleicht nicht nach den Vorschriften der Pharmakopoe hergestellt war.

H. MacCormac: **Case for Diagnosis** (Fall zur Diagnose). S. 91. Am Hinterkopf ganz oder halb kahle Stellen, an denen die Haut narbig ist, mit völliger Zerstörung der Haarfollikel; am Rande komedonenartige Gebilde. An Schultern und Schenkeln gruppiert, am Rumpf vereinzelt follikuläre Läsionen, z. T. wie stachelige Hervorragungen, z. T. wie Komedonen. Es besteht Ähnlichkeit mit Folliculitis decalvans, Lichen planus, Lichen spinulosus.

W. Fox: **Case for Diagnosis** (Fall zur Diagnose). S. 91. Es scheint sich um einen der Fälle zu handeln, in denen ein Übergang von Pityriasis rosea zu Lichen planus stattfindet.

A. M. H. Gray und W. N. Goldsmith: **Case for Diagnosis, ? Boeck's Sarcoid** (Fall zur Diagnose: Boecksches Sarkoid?). S. 92. Diskoide, infiltrierte, bräunlichrote Flecke. Histologisch vornehmlich aus Lymphozyten bestehende Zelldepots.

Bd. 20, Nr. 10

Sitzung vom 19. Mai 1927

L. Savatard: **Ichthyosis and Cancer of the Skin, with Special Reference to Mulespinners' Cancer** (Ichthyosis und Hautkrebs mit besonderer Berücksichtigung des Mulespinnerkrebses). S. 93. Untersuchungen bei Kranken mit Hautkrebs ergaben auffallend häufig den Befund einer Ichthyosis, die als Vorstadium der Keratosis betrachtet werden kann. Auf diese folgt dann die Krebsentwicklung. Auch die von anderer Seite als bei Mulespinnern häufig bezeichnete chagrinierte Haut ließ sich als Ichthyosis erweisen, die also auch bei dem Mulespinnerkrebs eine Rolle spielt.

J. M. H. MacLeod: **Dermato-phytosis Due to Monilia** (Dermatomykose infolge von Monilia). S. 101. Als Ursache interdigitaler Erosionen, die an Trichophytie oder Epidermophyton-Infektion erinnerten, wurde Monilia pinoyi festgestellt, deren Kultur der Monilia albicans ähnlich ist, doch bestehen Unterschiede im Myzel und in der Gasentwicklung in Glukose.

S. E. Dore: **? Pemphigus Vegetans.** S. 103. In dem Falle bestanden warzige Bildungen an beiden Lippen, ferner in der rechten Achsel erhabene, serpiginöse, feuchte Flecke. Das Bestehen der Affektion seit 5 Monaten ist zwar für Pemphigus vegetans auffallend, doch kommen auch länger dauernde Fälle vor.

A. M. H. Gray: **Case of Diagnosis** (Fall zur Diagnose). S. 104. Zirzinäre und erythematös-schuppende Effloreszenzen, die zuerst an Syphilis denken ließen, jedoch war die WR negativ. Es scheint sich um einen Lichen planus zu handeln.

M. S. Thomson: **Case for Diagnosis** (Fall zur Diagnose). S. 105. Seit $^1/_2$ Jahre Entwicklung polymorpher Efforeszenzen an Knien, Ellenbogen, einzelnen anderen Stellen. Gray glaubt, daß es sich um einen leichten Fall der von ihm früher als „persistierende erythematöse Eruption" bezeichneten Affektion handelt. E. Levin-Berlin.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

1927, Bd. 8, Nr. 6

Sur les streptococcides eczématiformes (Über „Streptococcides eczématiformes"), von R. Sabouraud. S. 321. Bemerkungen Sabourauds zu der Arbeit von Rasch in Nr. 4 der Annalen: Es gibt in Wirklichkeit keine Unterscheidung zwischen saprophytären und parasitären Streptokokken. Sobald Bakterien in der Haut oder auf der Hautoberfläche in kleiner Anzahl vorhanden sind, ist schon mit bloßem Auge eine Veränderung wahrzunehmen. Die Bakterienkultur allein kann nicht immer über die Ätiologie einer Erkrankung Aufschluß geben. Histologische Untersuchung ist auch meist notwendig. Die Streptokokken-Erkrankung der Epidermis sollte in eine Gruppe eingereiht werden, die man am besten als „Streptococcides eczématiformes" bezeichnet. Zu dieser Gruppe wären zu rechnen: nicht durch Pilze hervorgerufene Intertrigo, kontagiöse Eiterungen im Gesicht, exfoliative Veränderungen, wie sie in der Umgebung chronischer Impetigo, retro-auriculärer Intertrigo und Impetigo d'Alibert auftreten. Es ist für den Verf. sehr befriedigend, wenn nach 20 Jahren seine und Unnas Ansichten sich allmählich durchsetzen. Wenn auch das parasitäre Ekzem des Hamburger Altmeisters nicht anerkannt werden kann, so bestehen sicher durch Mikroben hervorgerufene Pseudoekzeme.

Digitized by Google

Le traitement des kérions et de certaines folliculites trichophytiques par les injections intraveineuses de solution de Lugol (Behandlung der Trichophytie und trichophytischer Follikulitiden mit intravenösen Einspritzungen Lugolscher Lösung), von P. Ravaut, Duval und Rabeau. S. 326. Es gelang Verff., tiefe Trichophytie des Bartes und trichophytische Follikulitiden in 15—30 Tagen durch intravenöse Einspritzungen von Lugolscher Lösung zu heilen. Die neue Behandlungsmethode zeigte sich allen bisher äußerlich angewandten Medikamenten überlegen. Verschiedene Kranke wurden rasch geheilt, bei denen vorher andere Methoden völlig versagt hatten. Die Einspritzungen wirken desto besser, je entzündlicher die Veränderungen sind. Im allgemeinen genügten 12 Einspritzungen alle 1—2 Tage. Die Lösung besteht aus: Jod. pur. 1,0, Jodkali 2.0, Aqu. dest. ad 100,0. Sie wird zur Einspritzung vierfach mit destilliertem Wasser oder physiologischer Kochsalzlösung verdünnt. 5—20 ccm können injiziert werden. Zur Vermeidung von Lokalreaktionen empfiehlt es sich, mit schwachen Dosen zu beginnen. Im allgemeinen genügen später 10 ccm. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet. Die einzige Unannehmlichkeit ist, daß sich bei vielen Patienten nach der 8.—10. Einspritzung eine Verhärtung oder auch Thrombose der betreffenden Vene einstellt. Man muß dann in eine andere Vene injizieren. Vielleicht ist auch durch diese Behandlung eine Krampfaderverödung möglich. Ausführliche Schilderung von 16 Krankengeschichten.

La dyskératose (Dyskeratose), von Fr. Kogoj. S. 351. Dyskeratotische Zellen sind bei jeder epithelialen Wucherung zu finden. Jede Akanthose kann das Ursprungsgebiet dyskeratotischer Zellelemente sein. Verf. glaubt, daß die Pautriersche Ansicht, wonach die Dyskeratose nur ein „banales Phänomen" ist, das keineswegs berechtigt, eine besondere Gruppe der Dyskeratosen aufzustellen, zu Recht besteht. Um nur ein Beispiel anzuführen, so wurden bei verschiedenen Fällen von spinozellulärem Epitheliom mehr dyskeratotische Zellen gefunden als bei der Bowenschen Krankheit. Dyskeratotische Veränderungen können sowohl unter bakteriellem wie unter abakteriellem Einfluß entstehen. Zwei Zellelemente können heute mit Sicherheit von den dyskeratotischen Zellen abgetrennt werden, die Bowensche und die Pagetsche Zelle.

1927, Bd. 8, H. 7

Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée. Échanges dermo-épidermiques et hémosidérine (Beitrag zum Studium der Histophysiologie der Haut. Veränderungen in Kutis und Epidermis und Hämosiderin), von L. M. Pautrier und A. Diss. S. 393. Die Langerhanssche Zelle ist einerseits befähigt, in der Kutis vorhandenes Chromogen aufzunehmen und es mit Hilfe der Blochschen Dopaoxydase in Pigment umzubilden, andererseits Melanin an die Zellen der Stachelschicht abzugeben. Umgekehrt kann die Langerhanssche Zelle ihr Pigment an die Kutiszellen abgeben. Sie ist also der Sitz zweier Transportwege des Pigments. Der eine läuft von der Kutis zur Epidermis, der andere umgekehrt. In der Haut besteht ein trophisches System — das periphere Ende des retikulo-endothelialen Systems —, das die Gefäßendothelien mit den Epithelien der Epidermis auf dem Wege über Kutis und Langerhanssche Zellen verbindet. Auf Grund der genauen histologischen Untersuchung eines Falles von Schambergscher Krankheit wurde nachgewiesen, daß dieselbe eine Siderosis der Epidermis und Kutis ist. Dieses Eisenpigment stammt wahrscheinlich vom Hämoglobin ab.

Trichophytie chronique de la peau et des phanères chez tous les membres d'une même famille. Trichophytie propagée aux muqueuses, aux ganglions lymphatiques et aux os (Chronische Trichophytie der Haut bei sämtlichen Familienangehörigen. Auf Schleimhäute, Lymphdrüsen und Knochen ausgedehnte Trichophytie), von A. Pelévine und N. Tschernogouboff-Moskau. S. 403. Bei der Mutter besteht eine Nageltrichophytie. Die 19jähr. Tochter ist seit dem 1. Lebensjahr erkrankt. Es handelt sich um eine generalisierte Hautentzündung; der ganze Körper ist übersät von Schuppen, Krusten, Fisteln, Pusteln und Narben, faustgroßen fluktuierenden Tumoren und Narben, zahlreiche Drüsen sind vergrößert, vereitert, sämtliche Nägel sind befallen. Rechtsseitige exsudative Pleuritis, linksseitige Mittelohrentzündung. Im Urinsediment finden sich verzweigte Pilzfäden, ebenso im Abkratzpräparat von der Scheidenwand. Der 24jähr. Sohn ist Potator. Er hatte Flecktyphus und Lungenentzündung. Auch bei ihm begann die Erkrankung mit $1^1/_2$ Jahren, aber erst mit 18 befiel sie den gesamten Körper mit Ausnahme kleiner gesunder Stellen. Die Haut ist gerötet, infiltriert, pigmentiert. Auf Rücken und Leib finden sich eitrige Knoten. Verschiedene Drüsen sind vergrößert und verhärtet. Die Mundschleimhaut ist geschwollen und mit einem unregelmäßig begrenzten netzförmigen Überzug versehen. Linksseitige Mittelohrentzündung. Der 9jähr. Bruder

Digitized by Google

zeigt ebenfalls eine fast generalisierte Dermatose, bei ihm bestehen allerdings weder Abszesse noch Fisteln. Mit Ausnahme der Mundschleimhaut und der Vagina, bei denen die Kultur Hefepilze ergab, zeigten die von anderen Krankheitserscheinungen angelegten Kulturen Trichophyton violaceum. Histologisch wurden ebenfalls in der Hornschicht und in einem Granulom in und zwischen Riesenzellen Myzelien gefunden. Aus Trichophyton violaceum und Tr. gypseum wurde eine Aufschwemmung bereitet, die eingespritzt wurde. Es gelang dadurch, einen Teil der Krankheitserscheinungen zurückzubringen. Bei Fall 1 wurde durch innerliche Verabreichung von Jodkali ein guter Erfolg erzielt.

Observations concernant le travail précédent de Mme Pelévine et de M. Tschernogouboff (Beobachtung betreffend die vorhergehende Arbeit von Pelévine und Tschernogouboff), von R. Sabouraud. S. 420. Sabouraud stellt mit Befriedigung fest, daß Pelévine und Tschernogouboff ebenfalls wie er schon früher das Eindringen der Trichophytonpilze in die Kutis durch Haarfollikel beobachtet haben. Eine Besonderheit ist die Entstehung von Granulomen. Das Trichophyton violaceum kann die außergewöhnlichsten Veränderungen hervorrufen. S. bedauert, daß keine Pilzkultur von den befallenen Schleimhäuten angelegt wurde, denn die Trichophytie der Schleimhäute ist bisher noch nicht bewiesen. Bedauerlich ist, daß Verff. keine näheren Angaben über die Herstellung der Trichophytonvakzine machen.

Acrodynie paroxystique de l'enfance (Paroxysmale Akrodynie im Kindesalter), von P. Bézy. S. 425. Bei einem 4jähr. Kinde, das vor einem Monat einen grippeähnlichen Zustand durchgemacht hat, stellt sich völlige Apathie ein. Das Kind klagt dauernd über Schmerzen in den Beinen, es vermag nur wenige Schritte zu gehen, dazu gesellen sich starke Schweißausbrüche und ein masernähnliches Exanthem am Körper. Monatelang starker Juckreiz; besonders an Händen und Füßen, wenn dieselben anfallsweise sich röten und schwellen. Zwischendurch sind die Hände mit Bläschen und Papeln besetzt; die Beine schuppen stark ab. Monatelang halten Akrozyanose, Juckreiz, Schweißausbrüche an. Nach und nach schwinden erst die Schmerzen in den Beinen, dann kommt es zu einer ausgesprochenen Muskelatrophie. Durch eine mehrmonatige Kur in Salies du Salat wird das Kind völlig geheilt. Dieser Fall ist in die Gruppe der „Akrodynie im Kindesalter" einzureihen, die zuerst von Selter in Solingen als Trophodermatoneurose beschrieben wurde. Es handelt sich wahrscheinlich um einen infektiösen Prozeß mit neurotropem Virus.

1927, Bd. 8, Nr. 8/9

Du cancer mélanique dans le xeroderma pigmentosum (Melanokarzinom bei Xeroderma pigmentosum), von J. Nicolas, M. Favre und D. Dupasquier. S. 457. Eine 30jähr. Patientin leidet seit frühester Kindheit an Xeroderma pigmentosum. Schon früh zeigte sich bei ihr unterhalb des linken Auges ein Epitheliom von bräunlicher Farbe, das auf Röntgenbestrahlung mit einer schwarz aussehenden Narbe abheilte, die später ulzerierte. Ein Jahr danach entwickelte sich in der Gegend des rechten Jochbeins ein stecknadelkopfgroßer schwarzer Tumor. Nach der Röntgenbestrahlung traten linksseitig harte Zervikaldrüsen auf. Zur Zeit der Krankenhausaufnahme sind im Gesicht und auf dem Hals zahlreiche Pigmentflecke, Gefäßmäler, Narben vorhanden, im Gesicht die eben beschriebenen Geschwülste. Die exzidierten Zervikaldrüsen zeigen eine völlig schwarze Schnittfläche. Der Allgemeinzustand verschlechtert sich zusehends. Die Temperatur schwankt zwischen 38—39,5°; nach kurzer Zeit kommt die Kranke ad exitum. Die Autopsie ergibt: große schwarze halb erweichte Halsdrüsen, schwarze Tracheobronchialdrüsen. Die Lungenoberfläche ist mit schwarzen Flecken übersät. Melanose des Peritoneums, einer Niere und des Gehirns. Die histologische Untersuchung der Tumoren des Gesichts bestätigt ihren Charakter als baso-zelluläres Epitheliom. Das Erscheinen von melanotischen Tumoren beim Xeroderma pigmentosum ist kein Zufallsbefund, sondern eine besondere, allerdings seltenere Erscheinungsform, die durch melanotische Metastasen in Drüsen und innere Organe zur weiteren Malignität des Krankheitsbildes führt.

Recherches des tréponèmes dans le chancre syphilitique au cours du traitement spécifique (Spirochätenbefunde im syphilitischen Schanker während spezifischer Behandlung), von M. Kitchevatz-Belgrad. S. 473. Systematische Untersuchungen an 40 Fällen von primärer Lues, die kombiniert mit Salvarsan und Hg (im allgemeinen 1 Salvarsan- und 2 Hg-Injektionen wöchentlich, beginnend mit 0,15 g Salvarsan) behandelt wurden. Bei den meisten Fällen sind nach 1—4 Tagen keine Spirochäten mehr zu finden, in anderen Fällen wechseln positive und negative Befunde, bei

Digitized by Google

einem Kranken ist noch nach 28 Tagen ein positiver Spirochätenbefund zu verzeichnen, obwohl der Schanker bereits klinisch geheilt ist. Die Untersuchungen des Verf. bestätigen also die bisher genügend bekannten Befunde. Verf. wirft die Frage auf, ob wiederholte und systematisch durchgeführte Untersuchungen auf Spir. pall. während der Behandlung prognostisch und therapeutisch von praktischem Wert insofern sein könnten, als daß dadurch vielleicht die resistenten Fälle frühzeitiger erkannt würden.

Dermatite primulaire intense à forme bulleuse (Heftige bullöse Primeldermatitis), von P. Giacardy. S. 485. 50jähr. Patientin, die seit 3 Jahren jedesmal im Frühjahr erkrankt; die Hauterscheinungen verschwinden im August immer. Die linke Hand war stärker befallen als die rechte, da die Primel mit der linken Hand gepflegt wurde, während die rechte Hand nur die Schere hielt. Die kleinen Primelhaare fielen durch diese Handhabung in den ersten rechten Zwischenfingerraum und riefen nur hier eine Dermatitis hervor. Die Dermatose war durch Primula obconica bedingt.

Leucoplasie sursyphilitique de l'utérus et cancer (Nachsyphilitische Leukoplakie des Uterus und Karzinom), von P. Mériel-Toulouse. S. 489. Das angeblich seltene Vorkommen im Vergleich zur Häufigkeit der Zervixkarzinome ist dadurch zu erklären, daß die Leukoplakie, ein Vorläufer des Krebses, keine Beschwerden macht und deshalb keinen Anlaß zur gynäkologischen Untersuchung gibt. Die echte Leukoplakie darf nicht mit der bei chronischer Metritis vorkommenden verwechselt werden, bei letzterer finden sich an der Zervix weißliche Plaques, die mit der Unterlage nicht fest verwachsen sind und mikroskopisch ein Fibringerinnsel mit Leukozyten darstellen. Mitteilung eines Falles von Leukoplakie der hinteren Muttermundslippe bei einer 26jähr. latentsyphilitischen Frau (WR positiv). Die mikroskopische Untersuchung der leukoplakischen Stelle ergibt keinen Anhaltspunkt für Karzinom. Verf. glaubt, daß die syphilitische Leukoplakie der Zervix häufiger vorkommt und der Ausgangspunkt mancher Uterus- und Zervixkarzinome ist. A. Holländer-Bielefeld.

Mitteilungen aus der Literatur

Ekzem, Rosazea

Rosacea. With a Study of Accompanying Conditions (Rosazea und ihre Begleitzustände), von R. H. Rulison-New York. (Am. J. m. sc., 1927, Bd. 174, Nr. 1, S. 60 bis 69.) Acne vulgaris und Rosazea müssen vollkommen auseinandergehalten werden. Bei den den Untersuchungen zugrunde liegenden 135 Fällen konnte verhältnismäßig selten ein Einfluß von Witterungseinflüssen, von Nasen-, Hals-, Zahnkrankheiten, Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane festgestellt werden. Hingegen zeigten zwei Drittel Untergewicht, niedrigen Blutdruck, geringen Tonus, besonders der Abdominalmuskulatur. Häufig sind neurasthenische und nervöse Erscheinungen; Obstipation; Ptose der Baucheingeweide. Von 50 Fällen, in denen Magensaft-Untersuchungen stattfanden, zeigten 14% vollkommene Achlorhydrie, 34% ausgesprochene und 22% mäßige Hypochlorhydrie, 10% Hyperchlorhydrie und 20% normale Verhältnisse. Die Subazidität ist also häufig. E. Levin-Berlin.

Psoriasis

Psoriasis und Blutgruppe, von A. Poehlmann, Derm. Univ.-Kl. u. Polikl. München. (M. m. W., 1927, Nr. 28, S. 1180.) Von 100 Kranken beiderlei Geschlechts mit Psoriasis vulgaris gehörten 54 der Blutkörperchen-Gruppe O an, was zu der Hypothese drängt, daß die Individuen der Gruppe O eine besondere Disposition zur Psoriasis besitzen, und es wäre dadurch verständlich, weshalb sich die Disposition zur Psoriasis von Generation zu Generation vererbt. M. Cohn-Dresden.

Die Behandlung der Psoriasis, von J. Callenberg-Horst-Emscher. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 15, S. 549.) Bezüglich der medikamentösen Therapie nichts Neues. Empfehlung des Optarsons als Adjuvans; bei Frauen eventuell Organotherapie. Vom Psoriosal sah Verf. keine günstigere Wirkung, ebensowenig von den Goldpräparaten. Warnung vor Röntgenbehandlung, Empfehlung einer Quarzbehandlung bzw. des reinen Sonnenlichtes zur Erzielung einer guten Pigmentation; Aussetzen mit eventueller Arsenbehandlung während dieser Zeit wegen eventuellen Auftretens einer starken Schuppung nach den Lichtbädern. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Digitized by Google

Unsere heutige Psoriasisbehandlung, von C. Bruhns, Derm. Abt. Städt. Krkhs. Charlottenburg. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 4, S. 166.) Außer der Vererbung ist kein ätiologisches Moment sichergestellt. Keine auf endokrinen Zusammenhängen fußende Therapie ist zuverlässig. Kein Einfluß der Diät. Äußere Behandlung: Verf. bespricht ausführlich das Chrysarobin, die weiße Präzipitatsalbe (eventuell mit Acid. salicyl. 2 bis 10%) und den Teer. Von Röntgen ist Verf. ziemlich abgekommen; Höhensonne bringt gelegentlich Erfolge (in den Tropen ist die Psoriasis sehr selten). Gelegentliche Wirksamkeit großer Dosen von Jodkali. In allen Fällen Arsen! Das Wiedereintreten von Rezidiven kann nicht verhindert werden. D. Tangl-Eger.

Psoriasis vulgaris behandelt mit Eigenblut, von Menschow. (Medicinskoje Obosrenje Nishnejo Powolshjia, 1927, Nr. 7/8.) Verf. hat in 8 Psoriasisfällen durch Eigenblutbehandlung (2 mal wöchentliche, im ganzen bis zu 30 Injektionen von 5—20 ccm Eigenblut) gute Resultate erzielt. A. Jordan-Moskau.

Erythrodermien, Dermatitis exfoliativa, Pityriasis

Dermatitis Exfoliativa, von W. L. Tullis. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3472, S. 135.) Am 12. Dez. 1926 Aufnahme eines 19jähr. Mechanikers mit der Diagnose Scharlach. Hohes Fieber, Halsschmerzen, Erbrechen seit einigen Tagen. Skarlatiniformes Exanthem an Gesicht, Hals, Rumpf und Extremitäten. Auch die Mundpartien befallen. Zunge stark belegt, Epitrochleardrüsen geschwollen, Rachendrüsen frei. Mandeln waren in der Kindheit entfernt. Augen, Ohren, Nase frei. Obstipation. Urin hinsichtlich Alb. und Sacch. frei. Abdomen tympanitisch. Beginn einer Abschuppung. Leber und Milz nicht vergrößert. Zwei Tage später Konjunktivitis und eitrige Exsudation der Gesichtshaut. Gelbfärbung der Haut, die nach einigen Tagen unter Zunahme der Schuppung verschwindet. Einige Tage später mehrere Abszesse, die inzidiert werden. Mitte Januar septisches, schnell verschwindendes Exanthem. Ende Januar Entfieberung, Abheilung, Entlassung. In den Schuppen war Staphylococcus aureus nachgewiesen. Therapie: Antistaphyl. Serum, Tonika, flüssige Diät und antiseptische Hautbehandlung. Differentialdiagnose: Universelle Psoriasis, Seborrhoe, Dermatitis herpetiformis, Erythema multiforme, Lichen ruber planus auszuschließen, ebenso Tuberkulose, Leukämie, Lues (WR —). Ursache der Erkrankung unbekannt, vielleicht Toxikose von seiten des Intestinalsystems (Ikterus). H. Colman-Berlin.

Lichen

Lichen ruber planus der Blase, von A. Heymann-Düsseldorf. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 3/4, S. 224.) Verf. bringt die erste Abbildung eines Lichen ruber planus der Harnblase. In der Literatur fand sich nur ein einziger Fall, und zwar der, den Zerkowitz beobachtete (Derm. Zschr., Bd. 42, S. 282). Das Charakteristische der Blasenaffektion ist das Auftreten lachsfarbener isolierter Knötchen, die deutlich über das Niveau der Blasenschleimhaut elevieren, bei normaler, blaßgelber, völlig unveränderter Blasenschleimhaut. Diese lachsfarbenen Fleckchen konfluieren öfters und bilden in der Nähe des Sphinkters derbfaltige, stellenweise durchscheinende Wülste. Die Patientin hatte eine Arsenkur mittelst der Dürckheimer Maxquelle (7—8 Flaschen) durchgemacht, und nach der 7. Flasche traten unter starkem Juckreiz am Leib und an den Oberschenkeln, dann an der Brust und den Ober- und Unterarmen kleine rote Knötchen auf. Da die histologische Untersuchung dieser Hautstelle einen Lichen ruber ergab, wurde auf Anraten Rieckes Arsen in Form von Solarson gegeben, was aber den Zustand außerordentlich verschlechterte. Von der Ansicht ausgehend, daß das Arsen als Ursache der Erkrankung anzusehen sei, wurde Natriumthiosulfat in 11 intravenösen Injektionen gegeben, worauf in ganz kurzer Zeit auch die Erscheinungen auf der Haut zurückgingen. Aber 8 Tage später traten Strangurie und Hämaturie auf, so daß Patientin dem Urologen zugeführt wurde, der das oben beschriebene zystoskopische Bild feststellte. Da der Verdacht, daß das Natriumthiosulfat vielleicht doch die Nieren angegriffen habe, nicht von der Hand zu weisen war, gab Verf. rektal Pyramidon zur Beruhigung und daneben innerlich Uvalysat. Verf. fordert, daß bei allen Hauterkrankungen auch eine Zystoskopie durchgeführt werde, da nach den bisherigen Erfahrungen doch Miterkrankungen der Blasenschleimhaut in einer großen Anzahl der Hautkrankheiten zu erwarten sind. A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

Keratosen

Drei Fälle von familiärer Keratose der Haut und Schleimhäute, kombiniert mit Blasenbildung und kolloider zu schweren Funktionsstörungen (Larynxstenose) führender Schleimhautdegeneration, von G. Miescher, Derm. Univ.-Hautkl. Zürich. (Jahrb. f. Kinderhlk., 1925, Bd. 44.) Drei Geschwister blutsverwandter Eltern zeigen nebst ichthyosiformen Veränderungen der Haut schwere Schleimhautveränderungen des Mundes, Rachens und Kehlkopfes. Nach der ausführlich geschilderten Krankengeschichte, dem histopathologischen Befund und der Auswertung der Literatur präzisiert Verf. seine Auffassung dahin, daß es sich in den 3 Fällen um ein familiäres, kongenitales Keratom von Haut und Schleimhaut handelt. Es ist kombiniert mit traumatischer Blasenbildung und mit Neigung zur Dystrophie der keratotischen Stellen, besonders der Schleimhäute. Besonders verhängnisvoll ist hier die Lokalisation am Kehlkopf. Die Arbeit ist wesentlich für die Auffassung Lenglets von der in der Erbanlage festgelegten, gemeinsamen Basis kongenitaler hyperkeratotischer und bullöser Erkrankungen.

F. Jacobsohn-Berlin.

Follikulitis, Furunkel, Akne

Die Behandlung der Furunkulose, von F. Lotsch-Burg b. Magdeburg. (Kl. W., 1927, Nr. 25, S. 1191.) Sammelreferat ohne wesentlich Neues. E. Langer-Berlin.

Traitement des furoncles de la lèvre supérieure (Die Behandlung der Oberlippen-Furunkel), von J. Sénèque. (Presse méd., 1927, Nr. 59, S. 926.) Besprechung neuerer, meist deutscher Arbeiten.

Die Kälteanästhesie, von J. Schneider-Marienheim, Elberfeld. (M. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1054.) Erfolg der Kälteanästhesie ist zu erwarten bei entzündlichen Prozessen, besonders Abszessen, bei denen die Infiltrationsanästhesie bedenklich ist, wo ferner der Eiterherd nicht tiefer als 1—1½ cm liegt, und der Schnitt nicht länger als 5—6 cm sein muß; der Eingriff muß in wenigen Sekunden einschließlich einer etwa notwendigen Tamponade erfolgen können. Zur Technik wichtig: genügend tiefes Gefrierenlassen, Verwendung von Metäthyl und einem spitzen, schmalen Messer, am besten einem Tenotom. M. Cohn-Dresden.

Erysipel, Phlegmone usw.

Zur Therapie des Erysipels, von A. Tobeitz-Graz. (W. m. W., 1927, Nr. 27, S. 918.) Verf. berichtet über die guten Erfahrungen, die er bei der Behandlung des Erysipels mit Elektrokolargol gemacht hat. Das Mittel wird in Abständen von 1—2 Tagen subkutan oder intramuskulär in den Oberschenkel in Mengen von 5 ccm injiziert. Meist tritt der Erfolg schon innerhalb von 24 Stunden ein. Mehr als 10 ccm mußten nie eingespritzt werden. E. Langer-Berlin.

Der Wert örtlicher Immunität für die Chirurgie, insbesondere im Kampf gegen das Erysipel, von H. Picard, Chir. Univ.-Kl. Char. Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 34.) Die Wirkung von Filtraten älterer Bouillonkulturen von Staphylokokken und auch von Mischkulturen wird bei akuten Infektionen und Eiterungen sowie beim Erysipel geprüft. Dabei zeigt sich, daß die akuten Infektionen, wie Furunkel, Karbunkel, Schweißdrüsenabszesse, Panaritien und akute Osteomyelitiden, sich zur örtlichen Immunbehandlung, zur Topovakzinebehandlung eignen und in 80% geheilt werden. Beim Erysipel zeigt sich diese örtliche Immunbehandlung allen anderen Heilmitteln überlegen. Mit dem Impfstoff getränkte Verbände werden den entzündeten Hautgebieten aufgelegt. Erfolg: „Kein Weiterkriechen der Entzündung, Rückgang der Schmerzen, schlagartige Entfieberung!" Die klinischen Erfahrungen werden durch Tierversuche bestätigt.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Scharlachheilserum bei Erysipel, von S. Ben Schabetai-Jerusalem. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1015.) Mit dem neuen Scharlachserum (Behring-Werke) sind im jüdischen Krankenhaus in Jerusalem 11 Fälle von Erysipel, davon 10 Fälle von Gesichtserysipel, 1 Beinerysipel behandelt worden. Der Krankheitsverlauf war mit Ausnahme eines Falles wesentlich abgekürzt; schneller Abfall der Temperatur, schnelle Besserung des Allgemeinbefindens. Serumerkrankungen wurden nicht beobachtet, allerdings wurde prophylaktisch stets Calcium chloratum gegeben. M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Erysipelas. VI. Immunization with Soluble Toxin from Streptococcus Erysipelatis Against Recurrent Attacks of Erysipelas (Erysipel. Immunisierung mit löslichem Toxin von Streptococcus erysipelatis gegen Erysipelrückfälle), von K. E. Birkhaug-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 12, S. 885.) Experimentelle Untersuchungen an Versuchstieren und Menschen ergaben, daß Toxinfiltrate von Strept. erysip. im Körper ein neutralisierendes Antitoxin produzieren, das eine vorher empfängliche Person vor Erysipelrückfällen für einen längeren Zeitraum schützt. So wurden 24 Personen, die sonst an häufigen Erysipelrückfällen, in Zeiträumen von 6 bis 12 Wochen, litten, über etwa 2 Jahre rückfallfrei gehalten. Die aktive Immunisierung wurde zweimal wöchentlich vorgenommen, in Form von i. m. Injektionen von 500, 5000 und 50000 Hauttesteinheiten eines in- und extrazellulären Toxins des Strept. erysip. Es zeigte sich stets ein sehr rasches Zunehmen des Antitoxingehaltes des Blutserums, das bei einzelnen Personen so anstieg, daß mit 1 ccm Patientenserum 1800 Hauttesteinheiten des Toxins neutralisiert werden konnten. Das lösliche und thermostabile Toxin wird vom Strept. erysip. auf Douglasschem Nährboden nach 5tägigem Wachstum erzeugt; die Konzentration des Toxins schwankt zwischen 10000 und 50000 Hauttesteinheiten pro ccm. Während des akuten Erysipels reagiert die Haut der Pat. 10 Tage lang auf das Toxin positiv, schlägt dann in negativ um. Zu diesem Zeitpunkt verschwindet das Toxin aus Serum und Harn, und an seiner Stelle findet sich im Serum die langsam ansteigende Antitoxinmenge. F. Jacobsohn-Berlin.

Über die Milchbehandlung des Erysipels im Kindesalter, F. Szenti-Szombathely. (Budapesti Orv. Ujsag, 1927, Nr. 29.) Verf. behandelt die an Erysipel erkrankten Säuglinge und Kleinkinder seiner Spitalabteilung seit dem Jahre 1921 mit Milchinjektionen. Während er früher 20% der an Erysipel erkrankten Kinder verloren hatte, ist die Mortalität seit Einführung der Milchinjektionen bei 50 Fällen gleich Null. Es wird 5 Tage hindurch täglich um 1 ccm mehr abgekochte Mich subkutan injiziert. Anfangsdosis bis zu einem Alter von 6 Monaten 2 ccm, von 6 bis 12 Mon. 3 ccm, darüber 5 ccm. Daneben äußerlich Umschläge mit Burrowscher Lösung, innerlich Kardiotonika. Bei zu kleinen Milchdosen ist kein Resultat zu erwarten. K. v. Berde-Szegedin.

Über Gasbrand im Anschluß an Erysipel, von K. Marcuse-Moskau. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 30, 1867.) Während der letzten 3 Jahre wurden 1896 (!) Fälle von Erysipel beobachtet; darunter waren bloß 0,2% Gasbrandformen. Der Gasbrand entwickelt sich an ein im Verlauf überwiegend gangränöses Erysipel. Alle 4 Fälle wurden beobachtet bei älteren, an schweren Kreislaufstörungen leidenden Menschen, und zwar immer an den Extremitäten, entsprechend den einfachen gangränösen Formen. Bei den 4 letal endigenden Fällen trat der Tod im Zusammenhang mit der Sepsis und nicht mit dem Gasbrand auf. Die Prozentzahlen der Todesfälle bei den einfachen gangränösen und den Gasbrandformen sind annähernd gleich. Die Behandlung bestand in tiefen Einschnitten der Abszesse und Umschlägen mit 1%iger Kaliumpermanganicum-Lösung.
F. Landauer-Berlin.

Über Erfahrungen mit Topovakzinebehandlung, von J. Baumann, Chir. Abt. Städt. Krkanst. Mannheim. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 30, S. 1866.) Weder bei chronischen, noch bei akuten Entzündungen zeigte sich irgend eine günstige Beeinflussung durch die Topovakzinebehandlung. Ebenso zeigten 4 Erysipelfälle keinerlei abweichenden Verlauf gegenüber den nicht behandelten. F. Landauer-Berlin.

Zur Frage der Neosalvarsanbehandlung des Anthrax, von Krassowitow. (Kasanskij Medicinskij Journal, 1927, Nr. 8.) Von 5 mit Neosalvarsan behandelten Anthraxfällen genasen 4. Die einmalige Dosis betrug 0,6. A. Jordan-Moskau.

Infektionsversuche mit einzelnen „tierischen Milzbrandbazillen, von G. Z. Martos, Hyg. Univ.-Inst. Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 102, H. 2, S. 477.) Durch M.s Versuche ward erwiesen, daß unter Umständen ein einziger Milzbrandbazillus imstande ist, subkutan der weißen Maus injiziert, eine tödliche Milzbrandsepsis hervorzurufen. Damit ist auch für den Milzbrandbazillus dieselbe Tatsache sichergestellt, die László Wamoscher bereits für den Pneumokokkus mit den gleichen Methoden bewiesen hat. Ist die Anzahl der infizierenden Keime bei Verwendung einer höchst virulenten Kultur mindestens 20, so verläuft die Infektion stets tödlich. Schwankt die Anzahl der infizierenden Keime von 2—10, so beträgt die Mortalitätsziffer immer noch 50—73%. Bei der Infektion mit einem einzelnen Keim erliegt ungefähr jede 4. Maus derselben. Genauere Übersicht über die Lebensdauer der mit verschiedenen Bazillenmengen infizierten Mäuse. H. Stern-München.

Digitized by Google

Zur Behandlung der Pustula maligna, von Rossnowskij. (Wratschebnoja Gaseta, 1927, Nr. 11—12.) Verf. bricht eine Lanze für Behandlung der Milzbrandpustel nach Chlumskys Vorschrift mit Auflegung von einem Wattebausch, getränkt mit Flüssigkeit folgender Zusammensetzung: Ac. carbol. purisiss. 30,0, Camphorae tritae 60,0, Alcohol absol. 10,0. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage der Behandlung der Pustula maligna beim Menschen, von N. Sokolow. (Wratschebnoja Gaseta, 1927, Nr. 13—14.) Die Behandlung der Pustula maligna beim Menschen mit Serum sollte nach Verf. ebenso Allgemeingut werden wie diejenige bei Diphtherie. A. Jordan-Moskau.

Tropische Krankheiten

The Clinical and Histological Features of Experimental Framboesia in Rabbits (Die klinischen und histologischen Merkmale der experimentellen Kaninchenframbösie), von Y. Ikegami, Derm. Univ.-Inst. Kyoto. (Monographiae Actorum Derm. B. Series Syphilidol., 1927, Nr. 1.) Die Infektion glückte am Skrotum, Testis, Präputium, vorderer Augenkammer und Cornea. Sie ist abhängig vom Gesundheitszustand des Tieres und der Jahreszeit, in der kalten gelingt sie leichter. Infektion mit Gewebsstücken ruft am Skrotum eine erbsengroße schankerähnliche Läsion, mit Virusemulsion ein umschriebenes Ödem, an den Testes eine Orchitis hervor. Histologisch finden sich Lymphozyten, Plasmazellen, Fibroblasten und neugebildete Kapillaren in wechselndem Verhältnis. Charakteristisch ist die Bildung von myxödematösem Gewebe. Spirochäten liegen im Bindegewebe, Blutgefäßen, Lymphräumen, nekrotischen Zonen und selten in Nervenfasern. Am Auge tritt die Infektion als parenchymatöse Keratitis, oft mit Iritis, auf. Als Zeichen von Generalisation wurden metastatische Keratitis parenchymatosa und totale Alopezie beobachtet. Die Unterschiede zwischen Framboësie und Syphilis werden in einer Tabelle klargelegt. A. Blüth-Hamburg.

Die „Espundia", Beitrag zum Studium dieser Hautleishmaniasis in Peru, von P. Weiss-Lima. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg., 1927, Bd. 31, H. 7, S. 311.) Die peruanische Espundia, eine in allen Waldgebieten Südamerikas vorkommende Hautleishmaniose, unterscheidet sich von andern ebenfalls in Peru vorkommenden Hautleishmaniosen wie z. B. von der sehr an die Aleppobeule erinnernden Uta durch den schweren klinischen Verlauf. Man unterscheidet 3 Stadien; zuerst Auftreten von Hautgeschwüren, welche als rötliche, heftig juckende Papeln beginnen, die zerkratzt werden oder geschwürig zerfallen. Die Geschwüre sind flach, haben aufgeworfene überhängende Ränder und gewöhnlich 5—7 cm im Durchmesser; sie vernarben in 6—8 Monaten und hinterlassen eine atrophische dyschromische Narbe. Im Anschluß an die Abheilung der primären Hautgeschwüre oder gleichzeitig entstehen meist am knorpeligen System an der Nasenschleimhaut Geschwüre, die sich auch auf Gaumen und Kehlkopf ausdehnen können. Nach einiger Zeit entwickeln sich dann in der Nähe der Schleimhäute wieder Hautgeschwüre (3. Stadium). Die Espundia ist selten tödlich. In allen Geschwüren lassen sich Leishmanien nachweisen. Charakteristisch für die Pathologie der Espundia ist ihr Reichtum an Plasmazellen. Häufig findet sich hyaline Degeneration der Plasmazellen. Den schwierigen Verlauf und Widerstand gegenüber Brechweinsteinbehandlung hat man auf Kombination derselben mit Blastomykose bezogen. Verf. hat stets gute Heilwirkung mit Tartarus stibiatus gesehen. Einen überraschenden Heilerfolg erlebte er mit Malariaimpfung und Salvarsannachbehandlung. P. Unna jun.-Hamburg.

Hauterscheinungen bei Erkrankungen innerer Organe und endokrinen Störungen

Über Störungen der Hautkitzelempfindung bei Erkrankungen innerer Organe und ihre diagnostische Bedeutung, von J. Müller-Nürnberg. (Kl. W., 1927, Nr. 26, S. 1221.) Die Prüfung der Hautkitzelempfindung stellt eine wesentliche Bereicherung und Verfeinerung unserer Hautprüfungsmethoden dar und gibt manchmal noch Aufschluß über Störungen in der Reflexbeziehung zwischen inneren Organen und der Haut, wo die bisherigen Reflexsymptome nicht ausgeprägt sind. Verf. hat dieses Symptom bei einer großen Zahl von Fällen von Ulcus ventriculi und duodeni, Cholelithiasis, Appendizitis, Pyelitis usw. geprüft und gefunden, daß es bei akuten Erkrankungen oft zu einer Verminderung bzw. Aufhebung der Kitzelempfindung in der der Erkrankungsstelle zugehörigen Hautregion kommt. Die Methodik der Kitzelprüfung

Digitized by Google

ist leicht: Man benutzt am besten ein Instrument mit gleichbleibender Reizstärke, z. B. einen langen Bleistift mit Metallschutzkappe. Man läßt diesen, indem man ihn am anderen Ende hält, mit der Kappe über die Haut schleifen, wobei zu beachten ist, daß die gleiche Geschwindigkeit und die gleiche Ausdehnung der Striche eingehalten werden. Es besteht dabei regelmäßig ein Antagonismus zwischen Kitzel- und Schmerzempfindung, ohne daß Verf. dafür eine genaue Erklärung geben kann. E. Langer-Berlin.

Raynaudsche Krankheit und Hypophyse, von E. Bloch. (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 457.) Verf. beschreibt einen Fall bei einem 59jähr. Pat. mit zweifellosen Symptomen der Raynaudschen Krankheit. Bei diesem Kranken trat eine außerordentliche Besserung auf die Injektion von Hypophysenpräparaten hin auf. Mit der Sicherheit eines Experimentes konnte gezeigt werden, wie bei Aussetzen bzw. Wiederaufnahme der Hypophysentherapie die Erscheinungen sich besserten bzw. von neuem auftraten.
E. Langer-Berlin.

Modifications histologiques de la peau du crapaud hypophysectomisé (Histologische Veränderungen an der Haut der hypophysektomierten Kröte), von J. J. Puente. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 24, S. 602—603.) Die Epidermis ist weniger dick, was jedoch nicht mit einer Abnahme der Zahl der Zellen, sondern damit zusammenhängt, daß sie kleiner und abgeflacht sind. Der Kern der Basalzellen enthält kein gut verteiltes Chromatin, der der Stachelzellen ist vakuolisiert. Die Zellen der letzten Schichten sind abgeplattet, das Bild gleicht dem der Parakeratose; eine darüber liegende Hornschicht, lichtbrechend bei polarisiertem Licht, kastanienbraun, bildet das für operierte Kröten typische Häutchen. Die Melanophoren sind in der Kutis und Epidermis stark verkürzt, kugelig oder triangulär, die Xanthophoren erscheinen deutlicher sichtbar, die Guanophoren werden größer, von unregelmäßiger und variabler Form, unregelmäßiger Anordnung, reichlicherer kristallinischer Substanz. Die elektive Färbung der Basalschicht, die normalerweise bei der Dopareaktion eintritt, ist nicht vorhanden, vielmehr eine gleichmäßig dunkle Färbung der ganzen Epidermis. E. Levin-Berlin.

Schilddrüsentransplantierung in einem Fall von Psoriasis arthropathica, von Belachow. (Sitzungsber. der Russischen Endokrinolog. Ges., Moskau 1927, S. 32.) Demonstration einer Kranken, welche 18 Jahre an schwerer Psoriasis arthropathica, verbunden mit Dermatitis exfoliativa leidet, und bei der unter mehrmonatigem Gebrauch von Thyreokrin (russ. Präp.), beginnend mit kleinen Dosen und allmählich steigend bis 2,0 pro die, eine sichtbare Besserung eintrat, welche aber bei Sistierung der Einnahme von Thyreokrin wieder nachließ. Nach Schilddrüsenüberpflanzung hob sich das Allgemeinbefinden noch mehr, wobei Thyreokrin weiter gebraucht wurde, welches aber nach einem Monat ausgesetzt werden mußte, da sich Vergiftungserscheinungen (rote Flecke, Herzklopfen, Nervosität) einstellten. Nach einiger Zeit vergingen diese Erscheinungen, und es trat wieder sowohl eine allgemeine Besserung, als eine solche der Psoriasis auf, ohne Gebrauch von Thyreokrin. Für wie lange, wagt der Autor nicht zu sagen.
A. Jordan-Moskau.

Ein Fall von ausgedehnten Hauthämatomen (Hämorrhagien nach Strumektomie), von F. Driak, I. Chir. Univ.-Kl. Wien. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 202, H. 5/6, S. 400—401.) 24 Stunden nach einer Strumektomie zeigten sich über beide Schultern und den seitlichen und vorderen Thorax sich erstreckende, flächenhafte, blauschwarze, schmerzlose Hautpartien, die sich zunächst noch weiter ausbreiteten und vom 8. Tage an, nachdem sie die bei Hämatomen gewohnten Farbenveränderungen durchgemacht hatten, allmählich wieder verschwanden. Sie sind auf Zerreißungen und Quetschungen während der Operation zurückzuführen. E. Levin-Berlin.

Diabetes und Hautkrankheiten, von J. Fabry-Dortmund. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 3, S. 76.) Es gibt keine Hauterkrankung, die ausschließlich für Diabetes pathognomonisch ist. Selbst das für die Prognose eines Diabetes üble Xanthoma tuberosum multiplex kommt als relativ gutartiges Leiden bei Nichtdiabetikern vor. Allerdings steht fest, daß bei bestehenden bestimmten Hauterkrankungen (Staphylokokkeninfektionen) der Diabetes eine relativ ungünstig beeinflussende Rolle spielen kann. Trichophytien stehen in keinem direkten Zusammenhang mit Diabetes. Bestimmte Formen von Intertrigo bei korpulenten Frauen in höherem Lebensalter weisen auf Diabetes hin („Intertrigo erosiva Fabry"); es finden sich in derartigen Erosionen Hefen. Aber auch bei diabetesfreien Patienten kommen solche Intertrigines vor; vielleicht besteht in diesen Fällen bereits eine Diabethesdiathese. Jedenfalls bedarf gerade das

Digitized by Google

Kapitel der Hefe-Intertrigo nach Ansicht Fabrys noch der Nachprüfung speziell im Hinblick auf die Frage eines Zusammenhangs mit Diabetes.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über Pemphigus vegetans, von A. E. Ruete, Univ.-Hautkl. Marburg a. L. (D. m. W., 1927, Nr. 31, S. 1300.) Ausführliche Mitteilung des klinischen Befundes. Die Erkrankung stand im Zusammenhang mit Störungen der innersekretorischen Funktionen des Genitalapparates. Vor Ausbruch eines jeweiligen Rezidives sistierten die Menses. Mit dem Wiederauftreten der Menses verschlimmerte sich das Krankheitsbild. Nach Röntgenkastration und Injektion von Autovakzine trat vollständige Heilung ein, die bis jetzt, 3 Jahre nach dem Eingriff, anhält. F. Harry-Wiesbaden.

Haut und Stoffwechsel

L'acrodynie infantile, ses lieus avec l'acrodynie épidémique de l'adulte, l'ergotisme, l'arsenicisme chronique et la pellagre (Die kindliche Akrodynie, ihre Beziehungen zu der epidemischen Akrodynie des Erwachsenen, zu Ergotinvergiftung, zur chronischen Arsenvergiftung und zur Pellagra), von M. R. Debré und Cl. Petot. (Pr. méd., 1927, Nr. 48, S. 753.) Ein 4jähr. Knabe erkrankt mit Glieder- und Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Danach kommt es zu Jucken, Muskelschwäche der Beine und geistigem Verfall. Später stellen sich trophische Störungen, Papeln, Bläschen und Abschuppung der Hände und Füße ein und schließlich Gangrän einzelner Finger. Ähnliche Fälle wurden schon 1903 von Selter-Solingen unter dem Namen „Trophodermatose", 1914 von Swift-Australien und eine ganze Reihe solcher Kindererkrankungen von Feer in Zürich beschrieben. Im Gegensatz zur epidemischen Enzephalomeningitis verlaufen alle Fälle immer ohne Fieber. Ein ähnlicher Verlauf war bei der epidemischen Akrodynie der Erwachsenen besonders in den Altersheimen 1828 in Paris zu beobachten, und das Krankheitsbild der Ergotin- und chronischen Arsenvergiftung und die Pellagra bieten ein ähnliches Bild. Daher wird bei all diesen Erkrankungen eine Ernährungsstörung oder Avitaminose angenommen. F. Rosenthal-Berlin.

Pigment

Die prinzipielle Lösung des Problems des Großstadt- und Industriemelanismus der Schmetterlinge, von K. Hasebroek-Hamburg. (Internat. entomol. Zschr. Guben, Jahrg. 19.) Hasebroek versucht experimentell festzustellen, welche Stoffe der Großstadt- und Industrieatmosphäre für die in England und Deutschland beobachtete stete Zunahme schwarzer Schmetterlingsformen verantwortlich zu machen sind. Hierzu wurden Puppen verschiedenen Alters in Glasglocken gebracht, in die Methan, Ammoniak, Pyridin, Blausäure, Leuchtgas, H_2S und Fäulnisgase geleitet wurden. Die 31 Einzelversuche mit 18 Arten und 204 Faltern ergaben nach Abschluß der Entwicklung 91 positive Erfolge: Verdunklung des Falterkleides von gelb bis bräunlich, braunrot selbst braunschwarz. Melanismus fernab von Großstädten entsteht wahrscheinlich durch Entwicklung der Puppen in einer faulenden Umgebung (Kadaver von Abdeckereien, Konservenfabriken), wofür Beobachtungen angeführt werden. E. Loewy-Köln.

Ein weiterer Beitrag zur Frage der Entstehung des Industrie- und Großstadtmelanismus der Schmetterlinge, von K. Hasebroek-Hamburg. (Internat. entomol. Zschr. Guben, Jahrg. 20.) Puppen, die von Loibl im strengen Winter in einem Ziegenstall gefunden wurden, ergaben gelbe P. rapae L.-Formen, ebenso Puppen, die Hasebroek im H_2S-Raum überwintern ließ. Demnach sind als Ursache der abnormen Pigmentierung Ausdünstungsstoffe, besonders Schwefelwasserstoff, zu betrachten. E. Loewy-Köln.

Industriemelanismus, von Hasebroek-Hamburg. (Internat. entomol. Zschr. Guben, Jahrg. 19.) Gegenüber Uffels Ansicht, daß der Melanismus überhaupt nicht in Zusammenhang mit der Entwicklung der Großstädte steht, und daß von Hasebroek die Rolle der Fäulnisgase überschätzt werde, weist der letztere auf den von ihm ausdrücklich betonten überwiegenden Einfluß der industriellen Abgase von Hochöfen und Nebenbetrieben hin. Die Versuche mit Fäulnisgasen sollten nur das vereinzelte Vorkommen von Melanismus in Nichtindustriegebieten zu erklären versuchen. E. Loewy-Köln.

Tatsachen und Kritik in Fragen des Industrie- und Großstadtmelanismus, von K. Hasebroek-Hamburg. (Internat. entomol. Zschr. Guben, Jahrg. 21, Nr. 4.) Nochmaliger Hinweis auf die Wichtigkeit großstädtischer und industrieller atmosphärischer Einwirkungen bei den Vorgängen der melanistischen Ausfärbung.

E. Loewy-Köln.

Digitized by Google

Über das Auftreten fleckförmiger Pigmentationen in der Haut nach Wärmeapplikation, von R. Mayer-List, Med. Kl. Tübingen. (D. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1045.) Auf intensive Wärmebehandlung reagieren Menschen, deren Haut wenig reizbare Gefäße und stärkere natürliche Pigmentierung aufweist, mit mehr diffuser Hyperämie und späterer geringer diffuser Pigmentbildung. Bei Leuten mit leicht reizbaren Gefäßen und geringerem natürlichen Pigment kommt es zu fleckförmiger Hyperämie mit nachfolgender fleckförmiger Pigmentablagerung. F. Harry-Wiesbaden.

Über das Auftreten fleckförmiger Pigmentationen in der Haut nach Wärmeapplikation, von A. Buschke und M. Michael. (D. m. W., 1927, Nr. 32, S. 1343.) Das Auftreten fleckförmiger Pigmentationen in der Haut nach protrahierter Wärmeapplikation ist bereits seit langem bekannt und von vielen Autoren untersucht worden, so von Bier in seinem Werk über „Hyperämie als Heilmittel", ferner von Kisch, 1911 von Buschke und Eichhorn (Derm. Zschr.) und von Michael (Derm. W., 1926, Nr. 52a). Im Gegensatz zu Bier, der die Pigmentation auf Zerfall von roten Blutkörperchen in den kleinen Hautvenen zurückführt, sind Buschke und Eichhorn der Ansicht, daß die netzartige Anordnung durch Abwechslung von stärkerem und schwächerem Pigmentgehalt zustande kommt. Die Beziehung zu den Gefäßen lassen die Autoren offen.
F. Harry-Wiesbaden.

Benigne Neubildungen und Mißbildungen

Naevus pigmentosus der Kopfhaut in der Form der Cutis capitis gyrata, von P. Gohrbandt, Chir. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 146, H. 2/3, S. 644.) 19jähr. Mann ohne Familienanamnese. Von Geburt an Farbfleck auf dem Kopf. Haare hier dunkel und kraus. Seit 1 Jahr an dieser Stelle Haarausfall. Deutlicher Naevus pigmentosus im Bereich des linken Scheitel-Schläfenbeins. Haut derb, gewulstet in der Art von Gehirn-Gyri. Sonst körperlich und geistig o. B. Histologisch: Epidermis und Korium gefaltet, geringe Verhornung der Epidermiszellen. Melanotische Verfärbung der Basalschicht. Korium bindegewebsreich, ödematös. Viele Haarbalgdrüsen, wuchernde Naevuszellennester bis an das subkutane Gewebe. Hier Rundzelleninfiltrate und Ödem. Faltung entsteht durch Mißverhältnis der Hautweite zur Galea. Ätiologie unbekannt. Therapie: Zur Vermeidung maligner Entartung rücksichtslose Exzision. H. Colman-Berlin.

Doppelseitiges Lymphangioma cavernosum am Halse, von G. v. Herepey-Csábányi. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 27, S. 1672.) Während sich das Lymphangiom im allgemeinen seitlich am Halse bildet, beschreibt Verf. einen Fall einer derartigen paarigen Geschwulst zu beiden Seiten symmetrisch im vorderen Halsdreieck gelegen. Beide Geschwülste standen untereinander nicht in Zusammenhang und fluktuierten so undeutlich, daß differentialdiagnostisch zunächst an Lipom gedacht wurde. Exstirpation, Heilung.
F. Landauer-Berlin.

Ein Haemolymphangioma cavernosum mixtum der Mamma, von H. U. Kallius, Chir. Univ.-Kl. Münster. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1016.) 26jähr. sonst gesunde Frau; Entwicklung einer Geschwulst auf der rechten Brustseite im 5. oder 6. Lebensjahre, angeblich nach einem Fall auf ein spitzes Stuhlbein. Allmähliches Wachstum, wiederholte Inzisionen. Seit 2—3 Monaten periodische Lymphorrhoe (die befallene Brust hat während der Laktation vorübergehend gering funktioniert). Nach einigen erfolglosen Alkoholinjektionen Amputatio mammae. Der rechte Pectoralis major, von stark blutendem schwammigem Gewebe durchsetzt, muß zum größten Teil mit entfernt werden. Die Untersuchung der Geschwulst ergab einen kavernösen Tumor, aufgebaut aus lymphangiomatösen und hämangiomatösen Bestandteilen. Heilung in 4 Wochen.
M. Cohn-Dresden.

Über Suggestivbehandlung von Warzen, von L. Grumach, Univ.-Hautkl. Königsberg i. Pr. (M. m. W., 1927, Nr. 26, S. 1093.) Nach einem Bericht über die bisher gemachten Beobachtungen über den Einfluß der Suggestion auf die Haut beschreibt die Verfasserin ihre Methode der suggestiven Behandlung von Warzen. Alle 8—14 Tage werden $^1/_2$—1 ccm physiologische Kochsalzlösung intramuskulär injiziert mit dem Bemerken, daß es sich um ein neues, wirksames Mittel handelt, welches kurz nach der Injektion an dem von Warzen befallenen Körperteile das Gefühl der Schwere und des Brennens erzeuge. Von 18 derartig behandelten Fällen gelangten 16 im Verlauf von 1—4 Monaten zur Abheilung, 2 blieben unbeeinflußt.
J. Callenberg-Horst-Emscher.

Digitized by Google

Regressive Störungen und Atrophien

Behandlung der Sklerodermie, von Krause-Wichmann-Aachen. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 25, S. 912.) Schilderung eines Falles von Sklerodermie des Rückens, Bauches und der unteren Extremitäten bei einem 44jähr. Pat. Behandlung zunächst mit tägl. Thermalbädern von 36° und 20 Minuten Dauer, dann Thermalduschemassagen, Dampfstrahlduschen, Massagen unter Anwendung von Salben. Außerdem 4 Wochen lang Thyreoidin 2—3 mal tägl. 0,1 g. Gute Besserung, Schwinden des „lilac ring" im Rücken. Verf. empfiehlt aus diesem Grunde bei lange bestehenden Fällen von Sklerodermie den Versuch einer Badekur. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über ungewöhnliche Mißbildungen bei Neurofibromatose, von J. Heine, Path. Inst. Rostock. (Zieglers Beitr., 1927, Bd. 78, H. 1, S. 122.) Literarisch-kritische Mitteilung und Besprechung eines zur Obduktion gekommenen Falles von ungewöhnlichen, exorbitanten Mißbildungen bei Neurofibromatose; das Gesicht war in seiner ganzen linken Hälfte durch lappige Hautgeschwülste aufs schwerste entstellt, die rötlich gefärbt erschienen und bläuliche, z. T. pulsierende Gefäße durchschimmern ließen. An der linken Kopfseite fand sich in Augenhöhe eine starke Vorwölbung von fluktuierender Beschaffenheit; die knöcherne Orbita war links nicht fühlbar. Schrumpfung des linken Auges mit schweren regressiven Veränderungen. Die derben Geschwülste waren sehr druckempfindlich. Die Mißbildungen stammten aus frühster Kindheit; die 77jähr., wegen psychischer Störungen eingelieferte Greisin war kyphoskoliotisch. Die Sektion ergab außer Lungen- und Dickdarmtuberkulose und anderen Organveränderungen hämangiomartige Bildungen in der Spongiosa der Wirbelsäule und Rippen, vereinzelt auch in den langen Röhrenknochen, submuköse Lipome im Dünndarm, beträchtliche Geschwulstbildungen in der Mundhöhle und vor allem hochgradige Lappenelefantiasis der linken Gesichtshälfte nebst ausgedehnten Defekten der linken Schädel- und Gesichtsknochen, dazu zahllose, vielfach gestielte Hautgeschwülste von wechselnder Größe fast am ganzen Körper. Der Sympathikus-Grenzstrang zeigte vorwiegend in seinem Brustteil diffuse Verdickung. Vortreffliche Abbildungen und die Mitteilung des sorgfältig ergründeten pathologisch-anatomischen und histologischen Befundes ergänzen die Schilderung des ungewöhnlichen Falles. F. Callomon-Dessau.

Beobachtungen zur Goldbehandlung des Lupus erythematosus, von W. Gent-Göttingen. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 4, S. 190.) Verf. kommt zu dem Resultat, daß die Goldbehandlung des Lupus erythematosus aussichtslos sei, ebenso wie die gleiche Behandlung der Psoriasis. Vor Verwendung einer stärkeren Dosis wird außerdem wegen Intoxikationsgefahr gewarnt. D. Tangl-Eger.

Zur Ätiologie des Lupus erythematodes, auf Grund des Materials der I. Moskauer Hautklinik aus den letzten 30 Jahren, von Olessow. (Moskowskij Medicinskij Journal, 1927, Nr. 7.) Von 110 Kranken mit Lupus erythematodes discoides (88 Frauen, 22 Männer) waren die meisten Stadtbewohner und darunter 45% Hausfrauen. Die meisten Kranken standen im Alter von 20 und 40 Jahren und erkrankten vorzugsweise im Sommer und Frühling an dieser Hautaffektion. Unter den Krankheiten, welche dem Lupus erythematodes vorangingen, spielte die Tuberkulose die größte Rolle und die objektive Untersuchung der Kranken ergab sogar in 60,9% Vorhandensein von Tuberkulose. In 2 Fällen, welche an Bronchopneumonie starben und zur Sektion kamen, wurde in einem Fall Bronchialdrüsentuberkulose, in dem anderen eine Tuberkulose der Lymphdrüsen und der Milz gefunden. Verf. ist somit der Ansicht, daß die Tuberkulose in irgend einer Beziehung zum Lupus erythematodes steht. A. Jordan-Moskau.

The Treatment of Lupus Erythematosus by Krysolgan (Die Behandlung des Lupus erythematodes mit Krysolgan), von H. C. G. Semon. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3475, S. 258.) Bericht über 9 Fälle. Erfolg: 22% Heilungen, 66% Besserungen und 11% unbeeinflußt. Also wesentlich schlechtere Resultate als die von deutschen Autoren berichteten. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Zur Frage der Behandlung des Lupus erythematodes, von A. Stein. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 13/14.) Verf. rühmt, besonders bei gleichzeitigem innerem Gebrauch von Chinin (3 mal täglich), die Anwendung folgender Salbe: Jodi puri 0,06—0,3, Arg. nitrici 0,2—1,0, Vaselin. americ. fl. 30,0 M. f. ung. A. Jordan-Moskau.

Maligne Neubildungen

Über Geschwülste bei Teertieren, von C. Bonne, Inst. f. Krebsforschg. Amsterdam. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 1.) Je größer die geteerte Ober-

Digitized by Google

fläche weißer Mäuse, desto schneller erscheinen die Papillome. Die Papillome und später Karzinome entstehen auf der geteerten Fläche, selten treten auch Tumoren an anderen Stellen auf durch Einwirkung verschmierten Teeres. Hört man bei Tieren mit dem Teeren vor dem Auftreten von Papillomen auf, so kommen diese nach verschieden langer Latenszeit zum Vorschein. Auch bei nicht geteerten Mäusen, die man mit geteerten zusammen in ein Glas setzt, entwickeln sich Papillome und Karzinome. Bei Vorkommen eines spontanen Mammatumors entstehen auch Teerpapillome, auch kann eine zweite Teergeschwulst bei Vorhandensein einer anderen auftreten. Magenpapillome kommen im Vormagen ungeteerter Mäuse vor, viel häufiger aber bei geteerten. Am zahlreichsten findet man sie bei Teermäusen, die eine lange Latenzperiode zwischen dem Aussetzen der Teerpinselung und dem Auftreten der Hauttumoren hatten. Ein Ca. des Magens wurde 1 mal festgestellt. Für die Entstehung der Papillome im Vormagen von Teermäusen spielt neben den Allgemeinwirkungen des Teers auch der verschluckte Teer eine Rolle. Daher finden sich Magenpapillome auch häufiger bei Mäusen, die im und um den Mund herum geteert wurden als bei am Rücken geteerten Mäusen. Ferner wurde neben den Hauttumoren 5 mal Mund- und Vorderdarmkarzinom festgestellt, und zwar 1 mal je 1 Ösophagus- + Lungen- + Palatum-Ca., 1 mal Ösophagus + Lungen-Ca., 1 mal Palatum-Ca., 1 mal Ca. der Mundschleimhaut. Spontane Palatum- und Ösophaguskarzinome bei ungeteerten Mäusen hat Verf. nie beobachtet. Bei Applikation des Teeres am Munde entstanden Lippenkarzinome, die teils von der Haut, teils von der Schleimhaut ausgingen. Bei Mäusen kommen primäre Lungentumoren vor; je älter die Mäuse sind, um so häufiger. Bei Teermäusen ist der Prozentsatz der Lungentumoren aber viel höher, vor allem bei solchen, bei denen die Hauttumoren erst nach längerer Latenzzeit auftreten. Bei 20 Ratten konnte durch Teerapplikation im und um den Mund herum kein Ca. im Vorderdarm erzeugt werden. Durch Pinselung von Kaninchen mit Teer wurden an den Ohren Papillome und Karzinome erzeugt. Bei diesen Kaninchen kamen öfters auch Papillome an Lippen und Zunge vor. Weiter konnte Verf. durch Teerpinselung der Kaninchenrückenhaut metastasierende Hautkarzinome erzeugen.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Experimentelle Untersuchungen über die Immunisierung von Ratten gegen Karzinom, von E. Knopf, Univ.-Inst. f. Krebsforschg. Berlin. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 64.) Ziel der Versuche war zu beweisen, daß Tiere von der Kutis aus unempfindlich gegen die Impfung mit Karzinom gemacht werden können. Zu diesem Zweck wurden Ratten zuerst intrakutan mit einem etwa senfkorngroßen Stück frischen Tumors geimpft. 14 Tage später wurde dann ein Brei aus Tumor desselben Stammes subkutan in die andere Bauchseite injiziert. Alle 24 so intrakutan vorbehandelten Ratten blieben frei von Tumoren, während unter 28 Kontrollen nur 12 Tiere frei blieben und bei 16 erhebliche Tumoren sich entwickelten. Weiter wurde versucht, Ratten durch wiederholte Erregung ausgedehnter Dermatitiden gegen die spätere Tumorimpfung unempfänglich zu machen. Die Dermatitis wurde bei den Tieren durch Einpinseln von Allylsenfspiritus erzeugt. Von 18 so vorbehandelten Ratten blieben 14 nach der subkutanen Nachimpfung von Tumorbrei frei, nur bei 4 Tieren entstanden Tumoren. Bei 24 Kontrollen 15 Tiere mit, 9 ohne Tumoren. Bei diesen Kontrollen zeigte sich auch rascheres und stärkeres Wachstum der Tumoren als bei den mit Allylsenfspiritus vorbehandelten.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Die Chemotherapie des Mäusekarzinoms durch Fermentgifte, von L. Karczag-Budapest. (Kl. W., 1927, Nr. 29, S. 1382.) Durch Vorversuche konnte Verf. feststellen, daß es möglich ist, durch eine chronische Behandlungsmethode mit Zyankali Mäuse so daran zu gewöhnen, daß der Organismus schließlich das Zyankali vollständig indifferent verträgt. Die Anwendung desselben bei Karzinomtieren ergab, daß große Dosen, als Präventivmittel oder als Nachbehandlung gegeben, das Tumorwachstum heilen bzw. stark hemmend beeinflussen. Kleine Dosen befördern dagegen das Wachstum. Man konnte bei den behandelten Tieren 2 Typen unterscheiden, diejenigen mit dem benigner gewordenen Wachstum, bei denen der Tumor für längere Zeit gehemmt ist, und diejenigen mit dem „wildgewordenen" Tumorwachstum, bei denen plötzlich ein rapides ungehemmtes Wachstum eintritt. Jedenfalls ergibt sich aus den Versuchen, daß das Zyankali ein elektives Tumorgift ist, das die Mäusetumoren in der stärksten Art zu beeinflussen imstande ist.

E. Langer-Berlin.

Studien zur Geschwulstätiologie. I. Über angebliche protozoische Zellparasiten in Krebsgeschwülsten, von O. Machiarulo, Staatl. Inst. f. exper. Ther. Frankfurt a. M. (Zschr. f. Krebsforschg., 1927, Bd. 25, H. 1, S. 23.) Die von Jos. Koch in

Digitized by Google

menschlichen und tierischen Krebsgeschwülsten mit besonderer Färbetechnik nachgewiesenen sogenannten „blauweißen Zellen" konnte Verf. in transplantablen Mäusetumoren (Karzinom Ehrlich Nr. 5, Rundzellen- und Spindelzellensarkom und Chondrom), ferner in 3 Rousschen Hühnertumoren, und in verschiedenen menschlichen Tumoren ebenfalls nachweisen. Er hält sie aber für Degenerationsprodukte. Zum Beweise dafür wird angeführt: Amöboide Bewegung der Zellen nicht beobachtet. In dem untersuchten Chondrom fand Verf. Übergänge von normal gefärbten Tumorzellen über Zellen, deren Protoplasma hellrosa und deren Kern hellblau war bis zu „blauweißen" Zellen. Weiter fand Verf. blauweiße Zellen im hämatopoetischen Apparat bei Tier und Mensch, selten auch im Parenchym von Organen (Epithelien der Harnkanälchen, Pankreas und Leber). Während diese Zellen bei Teerpapillomen von Kaninchen nicht zu finden waren, wurden sie beim Teerkarzinom des Kaninchens reichlich festgestellt. Weiterhin fanden sie sich bei experimentell erzeugten Impftumoren am reichlichsten im Stadium des Nekrotischwerdens der Tumoren, ferner in mehreren Fällen bei Leber- und Pankreasnekrosen. Schließlich hat Verf. bei Mäusen die arterielle Blutzufuhr einer Niere unterbunden; dabei treten mit fortschreitender Organdegeneration erst wieder Übergangsformen und dann erst die blauweißen Zellen auf. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Das Krebsproblem im Lichte geophysischer Strahlungswirkungen, von H. Th. Winzer und W. Melzer-Dresden. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 26, S. 959.) Verff. versuchen die Zusammenhänge zwischen Bodenaktivität (Bodenausstrahlungen) und Bodenempfindlichkeit des Menschen zu klären; an Hand mehrerer Beispiele sind sie zu der Überzeugung gekommen, daß Beziehungen zwischen Aufenthaltsort und Krebs bestehen. In Häusern, die über stark aktivem Untergrund standen, besonders über unterirdischen Wasseradern, wurden bei jahrelang darin wohnenden Leuten Krebs oder sonstige Tumoren beobachtet. Das gehäufte Auftreten von Lungenkrebs im Erzgebirge (Schneeberger Bergkrankheit) beruht darauf, daß sich gerade hier die stärksten radioaktiven Quellen Deutschlands finden (bis 5600 Macheeinheiten); dadurch entsteht eine starke radioaktive Wirkung chronischer Art, die im Verein mit dem durch Staub ausgelösten Lungenreiz den Boden für ein Karzinom schafft. Theoretische Bemerkungen über die physiologischen und toxikologischen Einflüsse dieser geophysikalischen Faktoren. Drei Skizzen von Karzinomhäusern. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Fortschritte und Ergebnisse in der ätiologischen Tumorforschung. Ist das Krebsproblem ein Stoffwechselproblem?, von E. Haagen-Berlin-Dahlem. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 25, S. 901.) Verf. kommt zu dem Schluß, daß die primäre Ursache bei der Krebsbildung auf ein und denselben Faktor zurückzuführen sei, nämlich auf eine Störung des Vitamingleichgewichtes im Organismus. Durch exogene oder endogene Reize gelingt es, das wachstumsfördernde Vitamin B dort vor dem entgegengesetzt wirkenden Vitamin A zum Überwiegen zu bringen, wo die Zellen durch ungenügende Ernährung bereits geschädigt sind. Allerdings läßt er den Einfluß einer angeborenen oder erworbenen Disposition unerörtert. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zur Frage der Krebshaare, von St. Simon, I. Univ.-Frauenkl. Wien. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 24, S. 1496.) Die Haare von 100 karzinomkranken Frauen wurden eingehend bezüglich ihrer Farbe, ihres Glanzes und ihrer Dicke untersucht. Im Gegensatz zu den Feststellungen Schriddes konnte aus der Beschaffenheit der Haare in keiner Weise auf das Bestehen oder Nichtbestehen eines Karzinoms geschlossen werden. F. Landauer-Berlin.

Zur Behandlung des Krebses der Wangenschleimhaut, von Th. Hünermann, Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenkl. Charité Berlin. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 203/204, S. 332—336.) Der als besonders bösartig zu betrachtende Krebs der Wangenschleimhaut soll so früh wie möglich radikal operiert werden; die Röntgen- und Radiumbestrahlungen erscheinen bedenklich, weil sie leicht die gesunden Nachbarteile schädigen und unter Umständen zu tiefer wuchernden Rezidiven Anlaß geben. Einen Fortschritt stellt die Behandlung mit chirurgischer Diathermie dar, mit der das ganze erkrankte Gewebe koaguliert wird; nachfolgende Radiumbehandlung sichert den Erfolg. Ein auf diese Weise behandelter Fall war nach 6 Monaten rezidivfrei und zeigte kosmetisch einen tadellosen Erfolg. E. Levin-Berlin.

Regionäre, vermutlich primäre sarkomatöse Hauttumoren, von W. B. Meyer, I. Inn. Abt. Städt. Krkhs. Berlin-Westend. (Kl. W., 1927, Nr. 22, S. 1038.) Verf. beschreibt 2 Fälle von primärer Hautsarkomatose. In dem ersten — ihm von Castex zur Verfügung gestellten — Falle handelt es sich um eine innerhalb von 5 Monaten zum Tode führende Hautsarkomatose bei einem 29jähr. Pat., bei der zum Unter-

Digitized by Google

schied von allen bisherigen Mitteilungen nirgends ein Primärtumor feststellbar war. Die Diagnose wurde histologisch bestätigt. Ausgedehnte Organmetastasen. Für die Anordnung der Ausbreitung kommt ein äußerer Reiz nicht in Frage. Bei dem zweiten — eigenen — Fall handelte es sich bei einem 51jähr. Manne ebenfalls um eine Hautsarkomatose ohne Primärtumor mit einer Tonsillenmetastase. Primärtumor in der Tonsille war ausgeschlossen. Die Ausbreitung der Hauttumoren verstärkte sich jedesmal mit Röntgentiefenbestrahlungen, so daß in den Bestrahlungen der auslösende Reiz für die Propagation der Tumoren gesehen wird. Mehrere Bilder veranschaulichen die Ausdehnung und Lokalisation der Erkrankungen in beiden Fällen. E. Langer-Berlin.

Über Melanosarkome, von G. Gatter-Reichenberg. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 21, S. 1318.) Bei den zwei mitgeteilten Fällen war das eine Mal der Ausgangspunkt das linke Labium majus, das andere Mal die Uvea. Beide Patienten gingen trotz weitestmöglicher Entfernung des Tumors und trotz Röntgenbestrahlung an allgemeiner Sarkomatose in kurzer Zeit zugrunde. F. Landauer-Berlin.

Über das primäre subunguale maligne Melanoblastom, von K. Specht, Chir.-polikl. Univ.-Inst. Leipzig. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 202, H. 5/6, S. 390—399.) Diese Geschwulstform ist mit der früher als Melanosarkom bezeichneten identisch; die primäre, nicht aus einem Naevus hervorgegangene Form kommt nur am Daumen und der großen Zehe, und zwar im Anschluß an Traumen vor. Es bilden sich blutrote Granulationen, die, was sehr verdächtig ist, nach einiger Zeit eine mehr graurötliche Farbe annehmen und sich in ein mit einer dicken Epidermisschicht überzogenes, also nicht ulzeriertes Knötchen umwandeln. Gleichzeitig treten ziehende Schmerzen auf. Drüsenschwellungen meist in Achsel und Leiste. E. Levin-Berlin.

Das sogenannte multiple idiopathische Pigmentsarkom (Kaposi) der Vulva, von A. Garbien, Univ.-Frauenkl. Lemberg. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 23, S. 1450.) 50jähr. Pat. mit inoperablem Scheidenkrebs hat an beiden großen Schamlippen und auch in der Umgebung der Vulva zahlreiche nahezu symmetrisch angeordnete Knötchen, über denen die Hautzeichnung verwischt ist. Histologisch fanden sich im Korium, weniger in der Pars papillaris, vor allem in der Pars reticularis Infiltrate von Spindelzellen, besonders um die Gefäße herum. In der Peripherie der Infiltrate zahlreiche Kapillaren, oft Blutaustritte. Therapeutisch hatten Röntgenbestrahlungen guten Erfolg.
F. Landauer-Berlin.

Mund und Nase

De la culture du virus aphteux aux points d'inoculation. Immunité locale (Über die Kultur des Aphthenvirus an den Inokulationsstellen. Örtliche Immunität), von M. Belin. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 23—24.) Über die Vermehrung des Aphthenvirus an den Inokulationsstellen bestehen sehr verschiedene Ansichten. Bei Impfungen mit einem Komplex von Vakzine und Aphthen stellte sich eine fast völlige Aufhebung der Vakzinewirkung ein und es ergab sich in einem gewissen Umkreise von der Inokulationsstelle ein Schutz der Haut gegen die Impfung. Es findet also an der Inokulationsstelle eine Vermehrung des Aphthenvirus statt, die aber verborgen bleibt, und die einen sehr schnell eintretenden und oft sehr ausgesprochenen Zustand örtlicher Immunität bewirkt. E. Levin-Berlin.

Le processus régénératif au niveau des lésions cutanées et linguales provoquées chez le cobaye par le virus aphteux (Der Regenerationsprozeß an beim Meerschweinchen durch das Aphthenvirus an Haut und Zunge hervorgerufenen Läsionen), von R. Alberca-Lorente. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 131—133.) Die Veränderungen betreffen das vorher von Polynukleären durchsetzte und zur Abstoßung bestimmte Epithel, die Basalschicht des seitlichen Epithellappens, der die Wiederherstellung übernimmt, und die Kutis, die die Stützelemente der neuen Gewebe liefert. Sitzt die Läsion oberhalb der Keimschicht (kleine Bläschen der Zunge), so erfolgt die Regeneration wie gewöhnlich auf deren Kosten. Ist die Keimschicht zerstört, so erfolgt die Regeneration von den Seitenlappen aus; die Zellen von dessen Keimschicht zeigen eine Abweichung von der normalen Teilung, gelangen an die Oberfläche, dringen zwischen die veränderten Elemente ein und bilden eine Zwischenwand. In diesen Zellen finden sich, wenn auch in geringer Zahl, Epithelfasern, und zwar viel dicker als gewöhnlich. Bemerkenswert sind auch die zahlreichen Mitosen, die in dem alterierten Epithel fast ganz fehlen. In der alten Epidermis sind die oberflächlichen Lagen mit Leukozyten vollgepfropft, die Epithelzellen hängen noch aneinander, während sie in den tiefen Schichten isoliert sind und typische Alterationen der Epithelfasern

Digitized by Google

zeigen. Im Bereiche der ehemaligen Bläschen degenerierte Fibroblasten und epithelioide Zellen, ebenso wie Plasmazellen und Mononukleäre. Die Kutis ist unterhalb der Keimschicht der Sitz einer leichten Leukozyteninfiltration; es finden sich daselbst einige perivaskuläre Scheiden auf dem Wege der Resorption, die Fibroblasten zeigen stellenweise eine Neigung zu elastischer Umwandlung. Der Regenerationsprozeß ist an der Zunge viel schneller beendet als an der Haut, ist aber überall der gleiche.

E. Levin-Berlin.

Über das auf der Zunge vorkommende brennende Gefühl, von F. Selle-Budapest. (Budapesti Orv. Ujsag, 1927, Nr. 22.) Verf. fand bei vielen Kranken, welche ohne jede objektive Veränderung über ein brennendes Jucken der Zunge klagten, Hyperazidität des Magens. Nach Verabreichung von Natrium bicarbonicum innerlich und Natrium-bicarb.-haltigem Mundwasser schwanden die Beschwerden. Verf. hält das Sammeln einschlägiger Fälle für wünschenswert. K. v. Berde-Szegedin.

The Use of Soap in the Prophylaxis of Vincents Infections (Die Verwendung von Seife bei der Prophylaxe der Angina Vincentii), von M. A. Reasoner-New York und W. D. Gill-Texas. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 10, S. 716.) Verff. berichten einerseits über Laboratoriumsuntersuchungen über die spirochätizide Wirkung von Seifen und andererseits über praktische Versuche, welche während der Besetzung von deutschem Gebiet an 25 bakteriologisch bestätigten Fällen unter den amerikanischen Truppen ausgeführt wurden. Es handelte sich dabei allerdings durchweg um Fälle vom mittleren Typus. Es wurde ein 6%iges Gel von einer aus Talg und Kokosnußöl gebildeten Seife zum Betupfen der Tonsillen (3 mal tägl.) verwendet, und daneben wurde halbstündliches Gurgeln mit einer 1%igen Lösung der Seife verordnet. Heilung mit Bakterienfreiheit wurde in allen Fällen erzielt in einem Zeitraum von durchschnittlich 7,12 Tagen. Verff. empfehlen den Gebrauch von Seifen zum Reinhalten des Mundes in prophylaktischer Hinsicht. Zur eigentlichen Behandlung der ausgebrochenen Krankheit dürften andere Mittel wirksamer sein. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Die Wiener Medizinische Fakultät veranstaltet Kurse zur Fortbildung und Ausbildung in Spezialfächern, unter anderen auch für Dermatologie. Dozenten: Brünauer, Fernau, Fuhs, Geiger, Königstein, Kren, Kowarschik, Kumer, Nobl, Oppenheim, Riehl jr., Peruts, Scherber, Stein, Volk. Programme sind von der Fakultät erhältlich.

Prof. G. A. Rost in Freiburg i. Br. und Prof. Erich Hoffmann in Bonn wurden zu Ehrenmitgliedern der Kgl. Medizinischen Akademie in Rom gewählt.

Prof. W. Dubreuilh in Bordeaux ist vom Lehramt zurückgetreten. R.

Berichtigungen. Dr. Benda-Frankfurt a. M. bittet uns mitzuteilen, daß es sich in der Arbeit: Unsere ersten Eindrücke über die Behandlung des Trippers und seiner Komplikationen mit Akridingelb, von J. Barrio de Medina, ref. Nr. 40, S. 1397, um Trypaflavin handelt. Akridingelb ist therapeutisch wertlos. Und in der Arbeit: Die Behandlung der Gonorrhoe mit intravenösen „Gonakrine"-Injektionen, von V. Trifu, ref. Nr. 42, S. 1476, ebenfalls um Trypaflavin, welchem die Franzosen die Bezeichnung Gonacrin gegeben haben.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 49 (Bd. 85) 3. Dezember 1927

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. Rille)

Über die Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen (sogenannter Scholtzscher Schläge)

Von

Prof. Dr. F. W. Oelze, Oberarzt

Bei einer ausgedehnten systematischen Untersuchung über die Wirkung von Neosalvarsandosen auf das Verschwinden der Oberflächenspirochäten bei primärer und sekundärer Lues zeigte sich mir (1), daß kleine Salvarsandosen einen ungenügenden Effekt haben. Wenn man eine Dosierung als ungenügend bezeichnet, welche nicht nach einem Tage die Ansteckungsfähigkeit beseitigt, so sieht man, daß bei intravenöser Applikation von 0,15 g Neosalvarsan 100% Versager resultieren. Bei der Dosierung von 0,3 g erhält man 55% Versager und erst bei höherer Dosierung erfolgt in einer praktisch genügenden Prozentzahl die prompte Oberflächensterilisierung, welche beispielsweise bei 0,6 g in 96% der Fälle erreicht wird.

Vom Gesichtspunkte der Seuchenbekämpfung aus verdienen also höhere Salvarsandosen durchaus den Vorzug, allerdings wird vielfach angenommen, daß höhere Salvarsandosen ein besonderes Gefahrenmoment in sich bergen, ich werde auf diese Frage an anderer Stelle eingehen und erwähne hier nur, daß erstens festgestellt ist, daß sehr hohe einmalige Salvarsangaben (mehrere Gramm) gut vertragen worden sind, zweitens daß Intoxikationen auch bei kleinen und sehr kleinen Salvarsangaben vorkommen. Nach den Versuchen von E. Hoffmann und Mulzer ist es nicht mehr angebracht, von salvarsanresistenten Spirochäten zu reden, auf der anderen Seite erscheint es mir treffend, von salvarsanträgen Patienten zu sprechen, es sind dies Menschen, welche das Salvarsanpräparat, das ja an sich auf die Spirochäten wenig einwirkt, träge oder falsch abbauen; damit erklärt sich erstens der gering etherapeutische Effekt und zweitens die evtl. eintretende Intoxikation.

Wir glauben also, daß zum Eintreten der vollen Salvarsanwirkung ein rascher Abbau und eine einmalige schlagartige Wirkung nötig sind. Daraus ist abzuleiten, daß eine bestimmte Salvarsandosis, welche diesen Effekt leistet, eine Verschlechterung ihrer Wirksamkeit erfahren müßte, wenn man sie in mehreren Teilen injiziert, so daß etwa je ein Drittel dreimal im Laufe eines Tages gegeben wird.

Diese Einverleibung in „Dosi refracta“ ist das Prinzip der sogenannten Scholtzschen Schläge, welche von hervorragender Wirksamkeit bei Behandlung der Syphilis sein sollen und von der Scholtz und Kelch (2)

Digitized by Google

„nicht anstehen, diese Form der Behandlung als die zur Zeit beste zu erklären". In einer 1916 erschienenen Arbeit geben Scholtz und Kelch die experimentelle Begründung ihrer Erfahrung, sie suchten durch Versuche an syphilitischen Menschen festzustellen, „welches die kleinste Dosis ist, welche bei einmaliger Anwendung die Spirochäten in Papeln und Plaques gerade zum Verschwinden bringt und ob dieselbe Menge bei Einverleibung in drei bis vier Teildosen innerhalb von zwei Tagen die gleiche oder eine schlechtere bzw. noch bessere Wirkung ausübt". Der Arbeit sind Protokolle von 11 behandelten Fällen beigegeben, von diesen sind 8 Patienten mit der Teildosis von jedesmal 0,05 g Salvarsan behandelt. Aus dem Text ergibt sich, daß zu allen Versuchen Neosalvarsan benutzt wurde. Ich rechne daher im folgenden, um Mißverständnisse zu vermeiden, durchweg mit der um ein Drittel höheren Neosalvarsandosis, wobei ich in Berücksichtigung einer vor kurzem von Króo (3) erschienenen Arbeit bemerke, daß zu genannten Versuchen die betreffende Salvarsanmenge immer in 10 ccm Aqu. dest. gelöst wurde. Der Kürze der Darstellung wegen wollen wir die drei letzten Fälle von Scholtz und Kelch, welche mit größeren Salvarsandosen behandelt wurden, außer Betracht lassen, zumal deren Besprechung keine wesentlich neuen Gesichtspunkte bieten würde. Von den 8 übrig bleibenden Fällen betreffen drei Primäraffekte und 5 sekundäre Lues. Die Patienten erhielten morgens, mittags und abends je eine Teildosis von 0,075 g Neosalvarsan. Bei einem Fall waren bereits nach 2 Injektionen die Spirochäten nicht mehr nachzuweisen, bei 6 Fällen nach 3 Injektionen und bei 1 Fall nach 4 Injektionen. Im Durchschnitt zeigt sich demnach, daß 3 Injektionen von je 0,075 g Neosalvarsan im Laufe eines Tages genügen, um die Spirochäten zum Verschwinden zu bringen. Weitere Versuche mit 0,3 g Neosalvarsan ergaben, daß „eine einmalige Injektion dieser Dosis in etwa einem Drittel der Fälle nicht ausreichte, um die Spirochäten zum Verschwinden zu bringen". Scholtz und Kelch schreiben über diese Befunde: „Daß die Gesamtmenge von Salvarsan, die zur Vernichtung von Spirochäten in Papeln und Plaques nötig ist, keinesfalls größer, ja im allgemeinen kleiner ist, wenn das Hilfsmittel innerhalb von 2 Tagen in dosi refracta gegeben wird, als wenn die Gesamtmenge auf einmal injiziert wird.

Auch diese Beobachtung läßt den Schluß zu, daß die von uns gewählte Behandlungsart mit Salvarsan als besonders zweckmäßig und wirkungsvoll betrachtet werden kann, denn wenn schon die Gesamtwirkung von 3—4 kleinen Salvarsaninjektionen, von denen jede einzelne keinerlei sichtbaren Einfluß auf die Spirochäten ausübt, der Wirkung einer einmaligen Injektion, welche der Gesamtmenge der kleinen Dosen entspricht, völlig gleichkommt, ja dieselbe übertrifft, so dürfen wir wohl annehmen, daß eine 3—4malige Injektion einer schon an sich spirilloziden Dosis therapeutisch erheblich wirksamer als eine einmalige 3—4fach größere Dosis sein dürfte."

Ich berichte zunächst über 4 Fälle, welche ich nach dem Scholtzschen Vorgehen mit einer Dosierung von 0,05 g Neosalvarsan behandelt habe, diese Fälle haben also ein Drittel weniger erhalten als die von Scholtz. Es wäre zu erwarten gewesen, daß bei der prompten und gleichmäßigen Wirkung der Scholtzschen Dosierung auch in diesen Fällen

Digitized by Google

ein Erfolg erzielt worden wäre, das Gegenteil ist der Fall gewesen. Patient Nr. 3350, Ulcera dura. Nach 4 Injektionen zeigt der Primäraffekt eine deutliche Jarisch-Herxheimersche Reaktion, Spirochäten waren positiv, auch am nächsten Tage Spirochäten nachzuweisen. Patient erhielt daher 0,6 g Neosalvarsan, worauf am nächsten Tage keine Spirochäten mehr nachgewiesen werden konnten. Patient Nr. 3410, Ulcus dur. ad pen., Exanth. maculo-papulos. corp. Dieser Patient erhielt die einzelnen Schläge in Zwischenräumen, am 29. VI. 26 morgens, mittags, abends und am 30. VI. morgens je 0,05 g Neosalvarsan. Am 1. VII. Spir. pall. +. Am 30. trat auf beiden Fußsohlen eine ausgedehnte Psoriasis plantar. syph. auf, die erst am 10. VII. abgeheilt war. Zweiter Schlag vom 2. VII. bis zum Morgen des 3. VII. Nachuntersuchung am 5. VII., Spir. pall. +. Dritter Schlag 6. VII. bis zum Morgen des 7. VII., Spir. pall. am 8. VII. +. Der Patient hat also bereits 12 Einzeldosen erhalten, die einer Gesamtdosierung von 0,6 g Neosalvarsan entsprechen und ist trotzdem noch positiv. Vierter Schlag 9. VII. bis vormittag 10. VII., ab 10. VII.. Spir. pall. neg. Erscheinungen bis auf eine kleine Stelle ad marg. praeput. abgeheilt. Patient Nr. 3268, Papulae ad penem, scrotum, in ore, ad capillit., Exanth. maculo-papulos. corp., reicher Drüsenbefund, außer Inguinal- und Kubitaldrüsen auch Paramamillar- und Axillardrüsen vergrößert, rechts eine Infraklavikulardrüse. Patient erhielt die einzelnen Schläge am 25. VI. 26, am 29. VI., am 2. VII. und am 6. VII. Auf Spir. pall. wurde untersucht: am 28. VI., 1. VII., 5. VII. und am 8. VII. Sämtliche Untersuchungen fielen positiv aus. Am 9. VII. Neosalvarsan 0,6 g und 2 ccm Spirobismol, am 10. VII. Spir. pall. neg. Klinisch waren die Erscheinungen erst wenig verändert, fast wie bei der Aufnahme. Dieser Patient ist also nach 16 Teildosen noch ansteckungsfähig gewesen, was einer Gesamtdosierung von 0,8 g Neosalvarsan entspricht. Patient Nr. 3129, Pap. ad pen., capillit., in ore. Patient erhielt die einzelnen Schläge am: 25. VI. 26, 29. VI., 2. VII., 6. VII., 9. VII. Die Spirochätenuntersuchrng wurde vorgenommen am: 28. VI., 1. VII., 5. VII., 8. VII. und 12. VII. Bei jeder dieser Untersuchungen wurden massenhaft Spirochäten nachgewiesen, am 1. VII. bis 20 Pallidae in einem Gesichtsfeld, aber auch am 12. VII. waren sie in verschiedenen Effloreszenzen noch äußerst reichlich enthalten. Klinisch war am 8. VII. überhaupt noch keine Veränderung zu konstatieren. Am 13. VII. Neosalvarsan 0,6 g, am 14. VII. Spir. pall. +, jedoch nicht sehr zahlreich, am 15. VII. wieder lebhaft bewegliche zahlreiche Pallidae. Am 16. VII. Neosalvarsan 0,6 g, ab 17. VII. Spir. pall. neg. Dieser Patient war also noch ansteckungsfähig nach 20 Einzeldosen in der Gesamtmenge von 1,0 g Neosalvarsan. Er brauchte dann noch dazu 1,2 g Neosalvarsan in zwei Dosen à 0,6, um die Ansteckungsfähigkeit zu verlieren, es waren also in diesem Falle insgesamt 2,2 g Neosalvarsan erforderlich, um die Oberflächensterilisierung zu erreichen.

Faßt man das Urteil über diese 4 Fälle, welche mit Scholtzschen Schlägen, jedoch nur in der Einzeldosis von 0,05 Neosalvarsan behandelt wurden, zusammen, so ergibt sich, daß auf diese Weise keine Vernichtung der Spirochäten in für praktische Zwecke der Seuchenbekämpfung nötiger Zeit zu erreichen ist. Auch die klinische Beobachtung der Krankheitserscheinungen ergab einen nur unzureichenden Effekt.

Digitized by Google

Es folgen nun die Berichte über 9 Patienten, welche mit derselben Dosierung behandelt sind wie die Fälle von SCHOLTZ und KELCH, die daher einen direkten Vergleich gestatten. Ich habe jedoch diesen Patienten mehr Einzeldosen gegeben, nämlich zwei Tage hintereinander je 3 Dosen, insgesamt also 6 Einzeldosen gegenüber nur 4, welche SCHOLTZ gegeben hat. Ich habe das deswegen getan, weil ich nach der vorhergehenden Untersuchung bereits auf ungünstige Resultate vorbereitet war und weil zur Klärung der Wirkungsfrage des Salvarsans, die mir wichtiger erscheint als der direkte Vergleich mit der SCHOLTZschen Arbeit, es wünschenswert ist, einen Vergleichsmaßstab zu erhalten, aus dem man klare Schlüsse ziehen kann. Wenn man 6mal 0,075 g Neosalvarsan gibt, bekommt der Patient 0,45 g Neosalvarsan injiziert, bei dem SCHOLTZschen Vorgehen bekommt der Patient dagegen nur 0,3 g Neosalvarsan. In einer großen Versuchsreihe habe ich ermittelt, daß man bei 0,3 g Einzeldosis in 55% der Fälle Versager bekommt, während bei der Einzeldosierung von 0,45 g am nächsten Tage nur noch in 17% der Fälle Spirochäten nachzuweisen sind. Wenn zu den Untersuchungen ein Syphilismaterial zur Verfügung steht, das sich an Zahl dauernd vermindert, so erscheint es zweckmäßig, einen Weg einzuschlagen, der in absehbarer Zeit zu eindeutigen Resultaten führt. Wir sind daher in der geschilderten Weise vorgegangen, obschon dadurch, wenn man die Wirkung der einzelnen Schläge vergleicht, dieser Vergleich zugunsten von SCHOLTZ und KELCH verschoben wird. Patient Nr. 874, schankriforme Papeln am Penis, Roseola recidiv., erhält am 29. und 30. IV. 27 6mal je 0,075 g Neosalvarsan; am 2. V. Spir. pall. neg. Patient Nr. 7732, Papulae ad margin. praeput., genitale, in ore, Exanth. papulo-pustulos. corp. 12. und 13. X. 27 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, Spir. pall. neg. 14. X. Patient Nr. 7019, Papulae ad scrotum. Erhält am 27. und 28. IX. 5mal 0,075 g Neosalvarsan, am 29. Spir. pall. +. Patient Nr. 4011, Ulcus durum ad penem, Exanth. papulos. corp., Psoriasis spec. palmar. sin. 14. und 15. VII. 27 6mal je 0,075 g Neosalvarsan. 16. VII. Spir. pall. +. 16. VII. 3 weitere Injektionen von je 0,075 g, am 18. VII. Spir. pall. neg. Am 15. VII. hat sich das papulöse Exanthem teilweise in ein pustulöses umgewandelt, in diesen Pusteln konnten Pallidae nachgewiesen werden. Patient Nr. 7865, Papulae ad genitale, anum, Psoriasis spec. palmar. dextr. et plant. sin., Exanth. papulo-pustulos. corp., am 13. und 14. X. 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 15. und 17. X. Spir. pall. +. Am 17. X. war klinisch ein Fortschreiten und eine Weiterentwicklung der Erscheinungen zu konstatieren. Eine Iritis dextra rezidivierte überaus stark. In diesem wie in den übrigen Fällen wird nach Abbruch der kleinen SCHOLTZschen Schläge in der bei uns üblichen Weise mit zweimal wöchentlich je 0,6 g Neosalvarsan und je 2 ccm Spirobismol weiterbehandelt. Patient Nr. 102, Sclerosis ad pen., Exanth. maculopapulos. corp., Scleradenit. ing. cub. dupl., am 6. und 7. IV. 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 8. IV. Spir. pall. +, am gleichen Tage dann noch zweimal je 0,075 g Neosalvarsan, am 9. IV. Spir. pall. neg. Patient Nr. 2634, Exanth. papulos. corp. 24. und 25. VIII. 6mal je 0,075 g Neosalvarsan. 26. VIII. Spir. pall. +, 26. und 27. wieder 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, 29. VIII. Spir. pall. neg. Patient Nr. 163, Ulcus durum ad pen., am 6. und 7. IV. 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 8. IV. Spir.

Digitized by Google

pall. +, am 8. IV. noch 2mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 9. IV. Spir. pall. +, am 13. IV. ohne weitere Behandlung Spir. pall. neg. Patient Nr. 4109, Papulae ad pen. et scrotum, am 14. und 15. VII. 6mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 16. VII. Spir. pall. massenhaft +, am 16. VII. 3mal je 0,075 g Neosalvarsan, am 18. VII. Spir. pall. ziemlich stark +, am 18. VII. 27 Neosalvarsan 0,6 g, am 19. VII. Spir. pall. neg.

Betrachten wir die Ergebnisse im Zusammenhang, so stellt sich heraus, daß von 9 mit Scholtzschen Schlägen behandelten Patienten, nur 2 nach 6 Einzeldosen negativ geworden sind, während 7 Patienten bei noch höherer Dosenzahl noch Spirochätenträger waren. Durchschnittszahlen anzugeben unterliegt gewissen Bedenken, immerhin würde sich ergeben, daß diese 7 Patienten nach einer durchschnittlichen Neosalvarsangabe von 0,5 g noch Spirochätenträger waren. Bei den 4 mit der Einzeldosierung von 0,05 g Neosalvarsan behandelten Patienten ergab sich, daß sämtliche dieser Patienten noch nach Verabreichung von 0,65 g Neosalvarsan ihre Ansteckungsfähigkeit behalten haben. Aus diesen Untersuchungsbefunden ergibt sich also, und zwar wie mir scheint mit zwingender Klarheit, daß eine Fraktionierung der Salvarsandosen nach Scholtzschem Vorgehen keine gleich guten und noch weniger eine bessere Wirkung ergibt, als wenn die fragliche Dosis auf einmal gegeben wird. Daher besitzen die sogenannten Scholtzschen Schläge keine stichhaltige experimentelle Grundlage. Es ist vielfach üblich, therapeutische Mechanismen mit Vorgängen aus dem Soldaten- oder Jägerleben zu vergleichen, das mag angehen, soweit dadurch nur die Anbahnung eines Verständnisses erfolgen soll, das ohne dieses Hilfsmittel nicht erreicht werden könnte. In diesem Sinne könnte die vorliegende Frage wie folgt erläutert werden: Eine Metallplatte möge von einem bestimmten Geschoß gerade durchschlagen werden. Wenn man unter sonst gleichen Verhältnissen das Geschoß in Teile spaltet, so wird auf die Metallplatte keine Wirkung mehr ausgeübt werden können.

Ausdrücklich sei erwähnt, daß bei der Durchführung der üblichen Scholtzschen Schläge Neosalvarsandosen von etwa 1 g in drei Teilen gegeben werden, es liegt auf der Hand, daß dann bessere Erfolge erzielt werden können, wenngleich die unterschiedliche Beurteilung wegen der gleichzeitigen Quecksilberbehandlung Schwierigkeiten machen dürfte.

Fragt man sich, wie die Diskrepanz der Untersuchungsergebnisse zu erklären ist, so ist zu bemerken, daß die Methode der Spirochätenuntersuchung seit 1916 verbessert worden ist, insbesondere ist zur Erreichung eines sicheren Resultates in zweifelhaften Fällen die Benutzung meiner Beobachtungskammer (4) zu empfehlen, Scholtz gibt an, daß eine Untersuchung als negativ betrachtet worden wäre, wenn etwa 20 Gesichtsfelder keine Spirochäten enthielten. Das erscheint mir viel zu wenig. Man kann rasch feststellen, ob in 20 Gesichtsfeldern keine Spirochäten sind, das wird sich ungefähr in einer halben Minute zeigen, demgegenüber habe ich bei meinen zitierten systematischen Untersuchungen über die Neosalvarsanwirkung wie auch bei meinen „Albert"-Arbeiten oft ½, 1 und 1½ Stunde gesucht, ehe ich ein negatives Resultat angenommen habe. Schon in der allgemeinen Praxis wird man ja, wenn der betreffende Fall nicht sehr spirochätenreif ist, doch wohl so viel Minuten suchen müssen,

Digitized by Google

wie bei Scholtz und Kelch Sekunden gebraucht sind. Auch sonst wird man als Hilfsmittel insbesondere die Untersuchung verschiedener und geschlossener Effloreszenzen heranziehen, wie ich es genau angegeben habe. Ich möchte aber bemerken, daß in den Fällen, die für diese Untersuchung verwandt worden sind, das Resultat meist sehr rasch klar war. Daß 2 Fälle in meiner Untersuchung ein promptes Verschwinden der Spirochäten während der Untersuchung zeigten, braucht natürlich nicht der Erfolg der Behandlung zu sein, es ist bekanntlich dieses auch spontan stattfindende Verschwinden der Erreger immer im Auge zu behalten. Das gleiche gilt ja auch von der klinischen Abheilung. In Übereinstimmung mit meinen Befunden wird auch von Kitchévatz (5) neuerdings gezeigt, daß kleine Salvarsandosen, insbesondere 0,15 g, keinen rechten Daereffekt haben. Selbst wenn die Pallida zunächst verschwindet, so zeigt sich doch, daß sie nachher wieder auftritt. Sogar bei Dosierungen von 0,3 und 0,4 g kann das vorkommen. In der vorliegenden Untersuchung wurde diese Frage nicht geprüft. Die Patienten wurden vielmehr anschließend mit den wirksamen hohen Salvarsandosen und Wismut weiter behandelt. Das war nötig nicht nur im Interesse der Ausheilung der Patienten, sondern weil sich in mehreren Fällen eine deutliche Verschlechterung des Krankheitsbildes unter der Behandlung mit den kleinen Scholtzschen Dosen manifestierte.

Zusammenfassung: Es wird nachgewiesen, daß die Anwendung einer bestimmten Salvarsanmenge in dosi refracta keine Steigerung wie von Scholtz und Kelch angegeben, sondern eine Herabsetzung der therapeutischen Wirkung bedingt; diese Herabsetzung der Wirkung ist so groß, daß in der überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Fälle die Ansteckungsfähigkeit erhalten bleibt, während die Einverleibung der angewandten Menge auf einmal, bei dem größten Teil der Patienten das Verschwinden der Oberflächenspirochäten bewirkt haben würde.

Literatur

1. Oelze, Über Therapie der Hautsyphilis, insbesondere Dosierungsfragen; Hautaktivierung (Vortrag). M. m. W., 1926, Nr. 10. — 2. Scholtz und Kelch, Über den Einfluß von Quecksilber und Salvarsan bei verschiedener Dosierung auf die Spirochätenwucherung im menschlichen Körper. Arch. f. Derm., 1916, Bd. 123, S. 855. — 3. Króo, D. m. W., 1927, Nr. 15. — 4. Oelze, Untersuchungsmethoden und Diagnose der Erreger der Geschlechtskrankheiten. J. F. Lehmanns Verlag, München 1921. — 5. Kitchévatz, Spirochätenuntersuchungen im syphilitischen Schanker im Laufe der spezifischen Behandlung. Ann. de Derm. et de Syph., 1927, Bd. 8, Nr. 8—9, S. 473—484.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE DERMATOLOGICAL RESEARCH LABORATORY
NOT TO BE REMOVED

Aus der Universitätsklinik für Geschlechts- und Hautkrankheiten (Vorstand: Hofrat Prof. Dr. E. FINGER) und aus dem Universitätsinstitut für mediz. Chemie (Vorstand: Prof. Dr. E. FROMM) in Wien

Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei einigen entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen.

Von

Dr. THOMAS PREININGER,

Adjunkt der Universitäts-Hautklinik in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. E. NEUBER)

Bei der Aufrechterhaltung des Säure-Basengleichgewichts des Organismus, bzw. bei der Regulierung der aktuellen Blutreaktion spielt vor allem das Blut mit seinem Puffersystem eine Rolle. Zur Regulierung tragen außerdem noch das Atemzentrum, die Nieren, der Magendarmkanal, die Leber und andere Organe bei. Aller Wahrscheinlichkeit nach tun auch die Gewebe das ihrige. Die Gewebstätigkeit bei der Neutralisation der Säuren und Basen ist noch unaufgeklärt. Der Grund hierfür liegt hauptsächlich in methodisch-technischen Schwierigkeiten und so kann das intermediäre Säure-Basengleichgewicht derzeit vornehmlich nur im Blute verfolgt werden. Unter den Untersuchungsmethoden kommt außer Messung der alveolaren Kohlensäuretension und des Blutbikarbonatgehaltes nicht in letzter Reihe die Bestimmung der H-Ionenkonzentration des Blutes in Betracht.

Die H-Ionenkonzentration im Blute unterliegt auch bei gesunden Individuen gewissen Schwankungen. Auch bei ein und demselben Menschen ist sie nie konstant. Nach GIGON (1) soll die Wasserstoffionenkonzentration bei gewöhnlicher Ernährung sich kaum ändern; auch durch 24stündiges Hungern soll sie nicht wesentlich beeinflußt werden. Nach dem Trinken von 1 Liter Wasser auf nüchternen Magen steigt aber die Wasserstoffionenkonzentration, ihr negativer Logarithmus, die p_H sinkt, das Blut wird also mehr sauer, während der Harn eher alkalisch wird. Nach PARSONS und BARCROFT (2) soll die Blut-p_H nach der Arbeit höher sein, als in der Ruhe. Der Schlaf [ENDRES (3), KUNZE (4)], Luftverdünnung — sei sie natürlich oder künstlich — führen zu einer Säuerung des Blutes [FRITZ (5)]. GYÖRGY, KAPPOS und KRUSE (6) fanden das Säure-Basengleichgewicht im Kindesalter gegen die alkalische Seite hin verschoben.

Auch von klinischen Gesichtspunkten aus hatten mehrere Autoren die Wasserstoffionenkonzentration im Blute bestimmt mit der Absicht, einen gewissen Zusammenhang zwischen den gefundenen Werten und der Krankheit selbst ausfindig machen zu können, STRAUB und MEIER (7) fanden bei schweren Nierenleiden und Koma diabeticum eine ausgesprochene Azidose. Dasselbe hatten auch PARSONS und PALMER FOULTON (8), ferner MYERS, SCHMITZ und BOOHER (9) beobachten können. Einige erhielten bei Tuberkulose, Lues, Anämie [CHAMBERS (10)], dekompensiertem Vitium [COBET (11)] obere Normalgrenzwerte, bei Karzinom [CHAMBERS, ROFFO und CORREA (12)] aber stark alkalische Werte. Dort, wo die Herzinsuffizienz mit einer Lungeninsuffizienz verbunden war, verschoben sich die Werte gegen die saure Seite hin (COBET). Das Blut atrophischer und dyspeptischer Säuglinge zeigt eine leichte Azidose [BÓKAY (13)].

Nach BALDERRAY und BARKUS (14) zeigt das Blut Sonnenbad nehmender Tuberkulotiker viel höhere p_H-Werte als das Blut jener, die nur eine Liegekur machen. Nach ihnen soll zwischen den p_H-Werten des Blutes und der Pigmentation ein Zusammenhang bestehen. KONRICH und SCHELLER (15) machten die Beobachtung, daß die Röntgenstrahlen ohne Einfluß auf die p_H-Werte sind. Demgegenüber haben CLUZOT und KOFMANN (16) festgestellt, daß mittelmäßige und hohe Dosen eine geringe Steigerung, sehr

Digitized by Google

hohe Dosen aber ein Sinken bewirken. Diese widersprechenden Beobachtungen können vielleicht damit erklärt werden, daß die letzteren ihre Versuche an Tieren angestellt haben, ferner damit, daß die ersteren gleich nach der Bestrahlung untersuchten, die letzteren aber die Werte 2—6 Tage lang beobachtet haben.

Der Zusammenhang zwischen Wasserstoffionenkonzentration im Blute und Hautkrankheiten wurde bisher — wenigstens unseres Wissens — noch nicht untersucht[1]). Es schien also die Untersuchung in dieser Richtung hin nicht uninteressant, um so mehr, als wir gewisse Unterschiede zwischen den einzelnen Erkrankungen vermuteten. Psoriasis und Ekzem boten sich als das geeignetste Untersuchungsobjekt dar. In der Pathogenese beider Krankheiten wird schon seit langem nach Stoffwechselstörungen gefahndet, ohne daß diese Vermutung, besonders, so weit es die Psoriasis betrifft, auch durch positive Ergebnisse hätte unterstützt werden können. Zweifellos spielt bei der Entstehung beider Krankheiten eine gewisse „Krankheitsbereitschaft" (21) eine nicht unbedeutende Rolle, bei beiden ist der Stoffwechselchemismus höchst wahrscheinlich lädiert. Es ist nicht uninteressant zu untersuchen, welche Unterschiede zwischen entzündlichen und nichtentzündlichen Dermatosen bestehen. Endlich hofften wir auch darauf eine Antwort zu erhalten, warum der Prozeß in einem Falle bei der Dermatitis halt macht, in dem anderen aber ins Ekzem übergeht.

Die Blutuntersuchung stellten wir nach der Methode von Hollo-Weiss (17) im Mediz. Chem. Institut Prof. Fromms unter dankenswerter Unterstützung Doz. Barrenscheens an. Bezüglich der Technik verweisen wir auf die Originalarbeiten der genannten Verfasser. Betonen wollen wir, daß die Methodik ein absolut präzises Arbeiten erheischt. Man muß in erster Linie darauf achten, daß das Blut weder bei der Entnahme noch bei der Vermischung mit Luftblasen vermengt werde, da sonst schon Fehler unterlaufen. Die Untersuchung wurde immer sofort nach der Entnahme durchgeführt ($^1/_2$—$^3/_4$ Stunden), so daß der Verdünnungsflüssigkeit kein Fluornatrium (19) zugesetzt werden mußte. Die Kohlensäure wurde durch Sauerstoff ausgetrieben (18).

Das Krankenmaterial rekrutierte sich teils aus Ambulanten, teils aus den auf die Klinik aufgenommenen Patienten. Die Kranken ließen wir zu diesem Zwecke weder hungern noch ausgesprochen ausruhen; von allen entnahmen wir das Blut zwischen 10 und 11 Uhr vormittags. Wir konnten das um so eher tun, da nach Untersuchungen von Gigon das gewöhnliche alltägliche Leben zu keiner Änderung führt, ferner weil auch die Kontrolluntersuchungen an gesunden Ärzten und Pflegerinnen unter ganz identischen Umständen erfolgten. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, daß das ein Grund dafür war, daß wir im allgemeinen (auch bei den Gesunden!) um 1—2% höhere Werte erhalten haben, als andere. Insgesamt haben wir 10 Gesunde und 100 Kranke untersucht. Sämtliche Untersuchungen nahmen wir zweimal vor.

---

[1]) Bei Konbich und Schelleb (15) finden sich zwar 3 Ekzemfälle, sie bestimmten aber im allgemeinen ganz ungewöhnlich hohe Werte (z. B. p_H 7,98), außerdem geben sie ihre Methode nicht an. — Die p_H-Untersuchungen von Doble, Jacobsohn und Joseph beziehen sich auf den Harn. Wir hielten dieses Vorgehen aber für unratsam, da die Wasserstoffionenkonzentration des Harns viel mehr den Schwankungen der täglichen Ernährung unterworfen ist, als die des Blutes.

Digitized by Google

Unsere Ergebnisse sind die folgenden:
Bei Gesunden:

Zahl der Fälle	p_H 18°C
1	7,65
3	7,64
1	7,63
1	7,62
2	7,60
1	7,59
1	7,57

Die Normalwerte bewegten sich also zwischen p_H 7,57 und 7,65. Der Durchschnittswert ist somit p_H 7,61.

I. Psoriasis

Zahl der Fälle	p_H 18°C													
	7,50	7,52	7,56	7,57	7,59	7,60	7,61	7,62	7,63	7,64	7,65	7,66	7,67	7,68
25	1	1[1])	1	2	1	3	3	1	—	2	1	1	5	3
	9						16							

II. Dermatitisgruppe

Diagnose	p_H 18°C												Summe
	7,49	7,53	7,55	7,57	7,58	7,59	7,60	7,61	7,63	7,65	7,67	7,68	
Dermatitis artificialis, Raupendermatitis, Erythema exsudativum multiforme	1	1	—	—	1	—	3	3	2	—	1	—	12
Neo- und Myosalvarsandermatitis, Urtikaria	—	—	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	3
Röntgendermatitis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Impetigo (Tilbury Fox)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	3
Combustio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Summe	1	1	1	—	1	1	4	3	2	2	2	2	20
	9							11					

[1]) Am Unterschenkel infolge Kombustion und sekundärer Infektion eine Pyodermie.

Digitized by Google

III. Ekzemgruppe

	Diagnose	pH 18°C 7,40—7,48	7,49	7,50	7,51	7,52	7,53	7,54	7,55	7,56	7,57	7,58	7,59	7,60	7,61	7,62	7,63	7,64	7,65	7,66	7,68	Summe
Akute u. subakute Ekzeme	E. impetiginosum, madidans, vesiculobullosum crustosquamosum	—	2	—	1	1	—	1	—	—	1	3	2	—	—	—	1	1	—	—	—	13
	E. sycosiforme, Neurodermitis subac. generalis. subac.	2	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	7
Chronische Ekzeme	E. seborrh. en plaques, dyshidroticum, intertriginosum, papulosum ichthyoticum																					
	Neurodermatitis	—	—	1	—	—	—	1	2	2	2	1	—	4	4	1	—	3	4	2	1	28
	E. cruris varicosum	1	1	—	—	—	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	7
																						55
		73													18							

Digitized by Google

Wie ersichtlich, haben wir sowohl bei der Psoriasis, wie bei der Dermatitis und beim Ekzem die verschiedensten Ergebnisse erhalten. Es waren in allen drei Gruppen azidotische und alkalotische Werte. Von einer Gesetzmäßigkeit kann somit keine Rede sein. Studiert man jedoch die Tabellen aufmerksam und betrachtet, wie sich die Werte um den bei Normalen gewonnenen Durchschnittswert verteilen, dann erst wird man beträchtliche Unterschiede wahrnehmen [1]).

Es ist auffallend, wie oft die Psoriasis der oberen Grenze naheliegende, ja sie übersteigende (alkalotische) Werte liefert und wie selten niedrigere, azidotische. Die Verhältniszahl ist hier 64 % : 36 % zugunsten der Alkalose. In der Dermatitisgruppe ist die Verhältniszahl nach beiden Seiten ungefähr gleich; bei der Ekzemgruppe überwiegen dagegen die azidotischen Fälle (67,3 % : 32,7 %).

Die Zahl der untersuchten Fälle ist viel zu klein, als daß weitgehende Folgerungen daraus gezogen werden könnten. Die Verschiebung der einzelnen Werte ist jedoch so ausgesprochen, daß an einen bloßen Zufall nicht gedacht werden kann. Wir sind eher der Meinung, daß durch eine umsichtigere Auswahl der Fälle diese Verschiebung eine noch prägnantere wäre. In die Psoriasisgruppe reihten wir z. B. auch einen Fall ein, wo am Unterschenkel infolge Kombustion und sekundärer Infektion eine Pyodermie bestand. Dieser Fall zeigte eine p_H 7,52; mit Heilung der Pyodermie stieg dieser Wert auf 7,64, 7,66. Die Azidose findet hier wahrscheinlich in der Pyodermie ihre Erklärung (Entzündung!). In die Ekzemgruppe wurde auch ein Ichthyosisfall aufgenommen, der eigentlich nicht zu den Entzündungen gehört, er gab einen stark alkalotischen Wert. Eine richtige Klassifizierung der Ekzemfälle und damit auch eine richtige Auswahl ist recht schwer, da hier eine große Meinungsverschiedenheit herrscht. So reiht z. B. Rost (20) die kokkogenen und parasitären Ekzeme zu den Dermatitiden. Auf Grund dessen müßten wir mehrere, alkalotische Werte zeigende Fälle aus unserer Zusammenstellung ausschließen, und dann würde die Verschiebung gegen die azidotische Seite hin noch eklatanter.

Es ist interessant, daß jene Fälle unter den Dermatitiden, welche auf solche äußere Einwirkungen entstanden, die bei jedem Organismus denselben Grad der Entzündung hervorzurufen pflegen (Kombustion II. Gr., Röntgendermatitis) auffallend hohe Werte lieferten. Dasselbe gilt auch für die mit oberflächlicher Entzündung einhergehenden Impetigofälle (Tilbury Fox). (Es sind dies Fälle, welche nicht in ein Ekzem überzugehen pflegen!) In der Ekzemgruppe findet man bei den akuten und subakuten Formen fast nur azidotische, bei der chronischen Form aber nicht nur azidotische, sondern ungefähr in der gleichen Zahl auch alkalotische Werte. Eine Ausnahme findet man nur beim chronischen varikösen Unterschenkelekzem; von sieben Fällen zeigen sechs azidotische Werte.

In einigen Fällen hatten wir die Gelegenheit, die Kranken auch während der Heilung und nachher noch zu beobachten. Vier Psoriasis-

[1]) Die Festsetzung des Durchschnittswertes bei 7,61 kann nicht für willkürlich gelten, weil 1. auch die Kontrollfälle diese Zahl ergaben; 2. weil trotz Abnahme der Fälle die gleiche Verhältniszahl bleibt, wenn man die Grenzlinie sowohl nach der alkalischen wie sauren Seite hin um ein bis zwei Hundertstel verschiebt.

Digitized by Google

fälle blieben nach der Heilung unverändert; drei Ekzemfälle, die alle eine Terpentinbehandlung im Sinne der Blochschen Sensibilisation bzw. Desensibilisation (21) erhielten, ließen nach der Heilung ein allmähliches Ansteigen der p_H-Werte im Blute erkennen.

Warum in der Psoriasisgruppe auch einige azidotische, in der Ekzemgruppe aber auch einige alkalotische Fälle vorkamen, findet seine Erklärung vielleicht in den Befunden der eingangs erwähnten Autoren. Zur gründlichen Erforschung dieser Frage müßte man Wasserstoffionenkonzentrationsbestimmungen an einem sehr großen Material anstellen. Außerdem sollte man auch die alveoläre CO_2-Tension und den Bikarbonatgehalt des Blutes berücksichtigen und noch andere Faktoren (Regulierung durch das Gewebe) kennen, welche auch ihrerseits noch nicht geklärte Fragen sind. Man müßte außerdem auch noch die Lungen, das Herz, den Magendarmkanal, die Leber untersuchen und eventuell auch eine Nierenfunktionsprüfung vornehmen. Wenn man alle diese Faktoren kennen würde, dann wäre es vielleicht klar, warum nicht eine jede Psoriasis mit Alkalose und ein jedes Ekzem mit relativer Azidose einhergehen.

Es kann angenommen werden, daß die p_H des Blutes von dem Stoffwechsel des Organismus abhängt. So können wir es uns vorstellen, daß es durch die primäre Einstellung des Stoffwechsels Fälle gibt, wo die Gewebe, bzw. Gewebszellen nicht imstande sind, alle Säuren und Basen zu neutralisieren, so daß es zur Azidose, bzw. Alkalose des Blutes kommt. Diese Azidose, bzw. Alkalose kann man vielleicht als einen der Faktoren betrachten, die die Psoriasisempfänglichkeit, bzw. die Ekzembereitschaft des Organismus bedingen.

Literatur

1. A. Gigon, Zschr. f. d. ges. exper. M., Bd. 44, H. 1/2, S. 95. — 2. T. R. Parsons. W. Parsons und Bancroft, Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 8, S. 429. — 3. Endres, Biochem. Zschr., Bd. 142. — 4. Kunze, Orv. Hetilap, Bd. 71, Nr. 28. S. 787. — 5. Fritz, Biochem. Zschr., Bd. 140, S. 236. — 6. György, Kappos und Kruse. Zschr. f. Kindhlk., Bd. 41, S. 700. — 7. Straub und Meier, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 125, S. 477 und Bd. 129, S. 919. — 8. Parsons und Palmer Poulton, Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 20, S. 450. — 9. Myers, Schmitz und Booher. Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 21, S. 80. — 10. Chambers, J. of biol. chem., Bd. 55, Nr. 2, S. 229. — 11. Cobet, D. Arch. f. kl. Med., Bd. 144, S. 126. — 12. Roffo und Correa, Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 31, S. 556. — 13. J. v. Bókay. Jahrb. f. Kindhlk., Bd. 110, S. 36. — 14. Balderray und Garkus, Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 28, S. 264. — 15. Konrich und Schellen, Strahlenther., Bd. 18. S. 263. — 16. J. Cluzet und Kofmann, Ref. Berichte über d. ges. Physiologie, Bd. 30. S. 284. — 17. Hollo-Weiss, Biochem. Zschr., Bd. 144, S. 87 und Magyar Orvosi Archivum, 1924, S. 288. — 18. D. s. Bioch. Zschr., Bd. 148, S. 10. — 19. Ebenda, Bd. 158, S. 211. — 20. Rost, Hautkrankheiten. Springer, Berlin 1926, S. 266. — 21. Bloch, Arch. f. Derm. und Syph., Bd. 145.

Digitized by Google

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. Eduard Neuber)

Mit Inkretextrakten angestellte Ninhydrinreaktion (Lüttge-Meertz) bei einigen Dermatosen

Von

Dr. Gedeon Dóczy, Assistent

Lüttge-Meertz haben 1924 ihre Untersuchungen zum Nachweis von Eiweißspaltprodukten veröffentlicht, womit sie die aus dem umständlichen Dialysierverfahren von Abderhalden resultierenden Fehler zu vermeiden trachteten. Später hatten sie ihre Methode zu der in Nr. 40, 1926, der M. m. W. publizierten A.E.R.-Methode vervollkommnet. Da sie ihr Verfahren auch zum Nachweis von Dysfunktionen seitens der innersekretorischen Drüsen für geeignet hielten, lag ihre Anwendung auf der Hand. Während der zwei Jahre habe ich das Hauptgewicht auf die Psoriasis vulgaris gelegt; über die therapeutischen Erfolge mit Inkreten auf Grund dieser Reaktion werde ich in einem späteren Artikel berichten.

Die notwendigen innersekretorischen Drüsen wurden mir von der chemischen Fabrik Gedeon Richter (Budapest) in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt, und zwar in einem Zustand, daß ihr Extrakt mit Alc. abs. mit einem 1%igen Ninhydrinalkohol keine Verfärbung zeigte. Die Organe wurden möglichst gereinigt und kleingestückelt in einem Mörser zerrieben, dann auf 48 Stunden in einem Alkohol-Äther-Gemisch (1 : 1) stehen gelassen. Zum Nachweis von eventuellen Fettresten wurden dann 20—30 ccm im Wasserbad eingedampft. Blieb kein Rest zurück, d. h. wenn die Organtrümmer sich fettfrei erwiesen, dann erst wurde mit Alc. abs. der eigentliche 10%ige Extrakt hergestellt. Man muß so lange mit Alkohol-Äthergemisch behandeln, bis kein Fett mehr nachzuweisen ist. Der 10%ige alkoholische Extrakt kommt auf 48 Stunden in einen Schüttelapparat, dann bleibt er so lange stehen, bis der überstehende Alkohol wasserklar wird, dieser wird nun behutsam abfiltriert.

Das in einem Jenenser Glasröhrchen aufgefangene 10 ccm Blut wird zentrifugiert (das Serum muß hämoglobin- und fettfrei sein); nun nimmt man aus dem Serum und aus dem Extrakt je 0,25 ccm und verschüttelt gut. Dann setzt man aus Absolutalkohol noch 2 ccm zu (ich arbeitete vom Original abweichend mit kleineren Mengen wegen Materialersparnis). Nach Umschütteln und Filtration setzt man 0,1—0,2 ccm 1%igen Ninhydrinalkohol und nach 1minutigem Erwärmen an einer Bunsenflamme sofort 1 Tropfen einer $^1/_{20}$ n HCl hinzu. Als Kontrolle dienen Organextrakt ohne Serum und Serum ohne Organextrakt, die sonst ganz gleich behandelt werden. Nach einer Stunde vorläufige, nach 16 Stunden endgültige Ablesung, welche ziemliche Übung erheischt, denn immer müssen die jeweils bestehenden, auch experimentell nachgewiesenen Korrelationen in Erwägung gezogen werden. Besonders bei der Beurteilung einer eventuellen Hyperfunktion muß diese immer in Rechnung gezogen werden.

Digitized by Google

Die Bestimmung des Säuregrades, Eiweißgehaltes und Kochsalzgehaltes der einzelnen Extrakte ist im Gange.

In 120 Fällen von Psoriasis vulgaris waren Ausfälle festzustellen: seitens der Hypophyse 95mal, seitens der Thyreoidea 45mal, seitens der Thymus und der Ovarien 40mal, seitens der Nebennieren 3mal, der Hoden 15mal und seitens des Corpus luteum 5mal. Lichen ruber planus (4 Fälle): Hypophysis 4, Ovarium 4, Thymus 1, Thyreoidea 2. Bei einigen hyperkeratotischen Erkrankungen, Darier (2), Pityriasis rubra pilaris (4), Ichthysosis (7) nur Ausfall der Thyreoidea, dasselbe auch bei 2 Sklerodermiefällen. Bei Pigmentanomalien: Vitiligo (5), Albinismus partialis (2) nur Ausfall der Nebennieren, bei 2 Quinckeschen Ödemen, 11 chronischen Urtikariafällen Insuffizienz der Parathyreoidea und Testis, bzw. Ovarien.

Zusammenfassung

Mit Hilfe der Lüttge-Mertzschen, mit 10%igen Inkretextrakten angestellten Reaktion kann man auf Grund färberischer Abweichungen die Korrelationen immer berücksichtigend auf gewisse Dysfunktionen der innersekretorischen Drüsen schließen. Bei Psoriasis vulgaris (120 Fälle): Ausfall von Hypophyse 95, von Thyreoidea 45, von Thymus und Ovarium 40—40, Nebenniere 3, Hoden 15, Corpus luteum 5mal. Lichen ruber planus: Hypophyse und Ovarium 4—4, Thymus 1, Thyreoidea 2. Nur allein die Thyreoidea war ausgefallen bei: Sklerodermie (2), Darier (2), Pityriasis rubra pilaris (4) und Ichthyosis (7). Bei Pigmentanomalien: Vitiligo (6), Albinismus partialis (2) nur Ausfall von den Nebennieren, bei 2 Quinckeschen Ödemen und 11 Urtikariafällen Insuffizienz der Parathyreoidea und Testis, bzw. Ovarien.

Versammlungen

XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Bonn a. Rh., 5.—7. September 1927 (Nachtrag)

Hans Meyer-Bremen: **Die Grundprobleme der Strahlenwirkung.** Wie eine Physiologie ohne physiologische Chemie nicht denkbar ist, so ist auch eine erfolgreiche Behandlung der Probleme der Strahlenbiologie ohne Strahlenphysik undurchführbar. Interessant sind die Fortschritte, welche die Atomtheorie auf dem Gebiete der Photochemie gemacht hat, geeignet, uns zu klareren Vorstellungen über die Grundprobleme zu führen. Denn die Wirkung der Strahlen auf Lebewesen hat insofern ein charakteristisches Gepräge, als es sich um Vorgänge handelt, die sich im Bereiche der klinischen Bausteine der Materie, der Elektronen, Atome und Moleküle abspielen. Die Vorgänge werden in ihren Grundzügen, namentlich unter Berücksichtigung der Plankschen Quantentheorie, dargelegt und die Wirkung der Wärme-, Licht-, Ultraviolett- und Röntgenstrahlen unter diesem Gesichtspunkt abgehandelt. Von besonderem Interesse ist daher die durch das Licht erzielte esophylaktische Funktion der Haut im Sinne der Bildung des rachitoprotektiven Vitamins. Bei den Röntgenstrahlen führt die Analyse des Primärvorganges zu dem Problem, das auch in der Dermatologie viel diskutiert ist, nämlich ob Licht und weiche Röntgenstrahlen qualitativ verschiedene Medikamente sind. Es wird nachgewiesen, daß die Unterschiede in der Wirkung bei Anwendung verschiedener Strahlengemische durch die verschiedene Art der örtlichen Verteilung der strahlenden Energie in die Haut erreicht werden kann. Am Anfang der unter der Strahlenwirkung ausgebildeten photochemischen Vorgänge steht die Veränderung der Eiweißkörper im Sinne der Denaturierung. In der Zelle bilden sich unter dem Bombardement der Elek-

Digitized by Google

tronen eine große Zahl feinster Koagulationsherde aus, in denen unter dem Einfluß der „Totengräberarbeit" der autolytischen Fermente das Eiweißmolekül aufgespalten wird, es entstehen höher- und niedermolekulare Spaltprodukte, die dem Säftestrom beigemischt werden und nicht nur auf die Umgebung der Zellen, sondern auch auf fernliegende Organe und den Gesamtorganismus einzuwirken vermögen. Es spielen sich also zwei grundlegende Vorgänge ab: 1. eine direkte Beeinträchtigung der getroffenen Zellen durch die feinsten Zentren der Eiweißkoagulationen, und 2. die indirekte Wirkung durch die in diesen Zentren aus diffundierten Abbauprodukten der Eiweißmoleküle, die nun je nach Art und Umfang des Abbaues vielseitige Wirkungen in den Geweben und in dem Körper auszuüben vermögen. Man hat sie Zerfallshormone oder Nekrohormone genannt. Die Gesetze der direkten und indirekten Wirkung werden dargelegt und dabei besonders der Begriff der Radiosensibilität und der Röntgenlatenz eingehend besprochen und die Analogie der indirekten Strahlenwirkung mit der Proteinkörpertheorie aufgezeigt. Zum Schluß sei ein Grundgesetz des praktischen Handelns in der Röntgentherapie der Hautkrankheiten postuliert. Wie eines der tiefsten Gesetze der Natur darin besteht, daß sie immer mit dem geringsten Aufwand an Energie ihre Zwecke erfüllt, so sollte dieses Gesetz der klinischen Wirkung in der Röntgentherapie zum Grundgesetz erhoben werden. Niemals darf in der Röntgentherapie eine Dosis appliziert werden, die größer ist als die für den betreffenden Zweck nötige Minimaldosis, niemals darf eine Dosis auch nur ein einziges Mal mehr appliziert werden, als nötig ist, um den Zweck zu erreichen. Die meisten Schädigungen in der Dermatologie kommen nicht durch Fehler in der Methodik vor (diese ist hinreichend gut ausgearbeitet, so daß davon eine Gefahr nicht abgeleitet werden kann), sondern weil bei der Ordination des Medikamentes Röntgenstrahlen das Gesetz der kleinsten Wirkung nicht beachtet wurde.

Miescher-Zürich: **Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut.** Der Referent entwirft einleitend ein Bild des klinischen Verlaufes der Röntgenhautreaktion, aus welchem hervorgeht, daß die Röntgenreaktion ein wellenförmiges Phänomen ist mit 2—4 Röntgenwellen, welche in einem Zeitgebiet von 5—10 Wochen ablaufen. Die Wellen sind nicht nur makroskopisch, sondern in neuester Zeit auch kapillarmikroskopisch festgestellt worden. Histologisch bilden das am meisten hervortretende Merkmal Störungen der Kernteilungsvorgänge in der Epidermis, welche auf dem Höhepunkt der Reaktion ihr Maximum erreichen. In diesem Zeitpunkt erfolgt Regeneration, die von strahlenresistenten Ruhezellen ihren Ausgang nimmt. Während der Reaktionsvorgang in der Epidermis damit zum Abschluß gelangt, sieht man in der Kutis zytologische Alterationen vom selben Charakter wie in der Epidermis vor allem in der Folge auftreten als Beweis dafür, daß auch das Teilungsvermögen der Fibroblasten und Endothelzellen unter der Bestrahlung gelitten hat. Die dadurch bedingte Minderwertigkeit führt nicht nur klinisch zu zahlreichen Symptomen der Spätatrophie, sondern kann auch katastrophal hervortreten, wenn durch äußere Traumen, Infektionen, die proliferatorische Leistungsfähigkeit des Bindegewebes in Anspruch genommen wird. Auf diese Weise entsteht das Röntgenulkus. Das oft jahrelange Latentbleiben der bindegeweblichen Schädigung führt zur Vorstellung der Kumulation. Die Kumulationsgröße steht im umgekehrten Verhältnis zur Teilungsaktivität der Zellen. Epidermiszellen kumulieren darum wenig. Bindegewebs- und Gefäßzellen dagegen stark. Der Referent bespricht die Frage der Sensibilisierung und Desensibilisierung, welche in erster Linie davon abhängt, ob es gelingt, die Teilungsaktivität einer Zelle und damit ihre Strahlensensibilität bedingende Phase zu beeinflussen. Die bisherigen Beobachtungen sind noch nicht eindeutig. Unter den Wirkungsmöglichkeiten der Röntgenstrahlen bei kranker Haut stellt sich zuerst die Frage einer direkten Reizwirkung. Der Referent lehnt diese Möglichkeit als unwahrscheinlich ab. Wo Reizwirkungen resultieren, kann es sich um indirekte Reaktionsfolgen handeln. Wenn man sich mit Holzknecht auf den Standpunkt stellt, daß jeder Strahleneffekt ein primär bionegatives Ereignis darstellt, dann sind dort besonders Wirkungen zu erwarten, wo in den pathologischen Vorgängen strahlensensible Zellen eine Rolle spielen. Dies erklärt ohne weiteres die Wirkung der Röntgenstrahlen bei malignen Tumoren und Granulomen. Weniger klar ist der Wirkungsmechanismus bei Entzündungen. Hier werden neben direkten Wirkungen der Röntgenstrahlen auf Leukozyten und Lymphozyten, die Rolle der vom Bestrahlungsort ausgehenden Allgemeinwirkungen, sowie an Ort und Stelle selber unter der Bestrahlung auftretende Veränderungen (H-Ionenverschiebung) in ihrer Bedeutung für den Strahleneffekt besprochen. Unter den Begriff des Früheffektes fallende Sofortwirkungen muß man besonders bei den akuten Eitererkrankungen (Phlegmonen, Abszesse usw.) annehmen, während beim Ekzem eine langsam evolutiv sich

Digitized by Google

äußernde Strahlenwirkung auf das erkrankte Zellmaterial der Epidermis (elektive Schädigung der am stärksten erkrankten Zellen sowie Ersatz durch strahlenresistenteres gesundes Material) wahrscheinlich ist. Am Schluß betont der Referent, daß eine genaue systematische Erforschung der Wirkungsvorgänge an experimentell leicht reproduzierbaren Beispielen ein dringliches Postulat ist.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 16, Nr. 2

Endogenous Irritants as Factors in Eczema and in Other Dermatoses: Preliminary Report (Endogene Reizursachen für Ekzem und andere Hauterkrankungen: Vorläufiger Bericht), von J. F. Burgess-Montreal, Canada. S. 131. Ausführlicher Bericht über 8 Fälle von Ekzem mit Indikanurie. Bei Bekämpfung der letzteren (Gaben von Bacillus acidophilus in Milch) besserte sich oder verschwand auch das Ekzem. Von 109 Ekzemfällen, die mit verschiedenen Intestinalstoffen auf ihre Hautsensibilität geprüft wurden, gaben 16,6% einen positiven Ausschlag, während von 102 Patienten ohne Ekzem nur 2% positiv reagierten. Die Ekzematiker reagierten weniger auf Aminosäuren als auf Toxine, die durch bakterielle Zersetzung hervorgerufen waren.

Progressive Pigmentary Dermatosis (Schamberg) with Review of Literature. Report of Two Cases and Comparison with Angioma Serpiginosum and Purpura Annularis Teleangiectodes (Progressive mit Pigmentbildung einhergehende Hautkrankheit (Schamberg) mit Überblick über die Literatur, Bericht von zwei Fällen und Vergleich mit Angioma serpiginosum und Pupura annularis teleangiectodes), von H. J. Templeton-Oakland Calif. S. 141. Die beiden Fälle Schambergscher Krankheit des Verf. sind der 14. und 15. Fall dieser Krankheit in der gesamten Literatur. Diese seltene Krankheit stellt einen chronischen Prozeß dar, charakterisiert durch peripher sich ausbreitende Pigmentpunkte, die nie in annulärer Form noch als Purpura auftreten. Die Purpura annularis teleangiectodes ist relativ akut, in der Ausdehnung begrenzt, weist annuläre Form und Purpura auf. Sie tritt immer bilateral auf, während die Schambergsche Krankheit sowohl uni- wie bilateral sein kann. Außerdem gehen der Purpura oft rheumatische Prodromalsymptome voraus. Das Angioma serpiginosum hat auch annuläre Form, wenn auch nicht so ausgeprägt wie die Purpura Majocchi. Die Schambergsche Krankheit tritt nur bei Männern auf, während das Angioma serpiginosum bei Männern und Frauen vorkommt. Die mikroskopischen Veränderungen der Schambergschen Krankheit sind nicht charakteristisch; sie genügen aber zur Differentialdiagnose den beiden anderen gegenüber. Therapeutisch empfiehlt Verf. bei der Schambergschen Erkrankung Kohlensäureschnee.

The Effect of Gentian Violet on the Organism of Blastomycotic Infection (Die Wirkung des Gentianavioletts auf die Blastomyzeten-Infektion), von E. S. Sanderson und D. C. Smith-Charlottesville. S. 153. Bereits Verdünnungen des Gentianavioletts von 1:1000000 hindern beträchtlich das Wachstum von Blastomyzeten im Glase. Es wäre der Versuch zu machen, Infektionen des Menschen mit Blastomyzeten auf diese Weise zu behandeln.

Colloid Degeneration of the Skin: Report of a Case (Kolloiddegeneration der Haut: Bericht über einen Fall), von J. H. Labadie-Ann. Arbor, Mich. S. 156. Das sogenannte Kolloidmilium ist charakterisiert durch eine hyalinartige Degeneration der Kollagenbündel der Haut. An exponierter Oberfläche (Gesicht, Hals, Handrücken) entstehen einzelne oder konfluierende gelbliche Knoten, aus denen man eine dicke glasige Masse exprimieren kann. Da die Affektion besonders bei Leuten auftritt, die viel im Freien arbeiten, so spielt wahrscheinlich das Sonnenlicht ätiologisch eine Rolle. Bei dem von Verf. geschilderten Fall lagen die histologischen Veränderungen primär tief im

Digitized by Google

Korium, erst sekundär wurden die oberen Hautschichten in Mitleidenschaft gezogen. Die zystische Veränderung der Talgdrüsen kann durch Druckverschluß erklärt werden. Röntgenbestrahlung hatte keinen Erfolg; am besten ist chirurgische Behandlung.

Morvan's Disease (Die Morvansche Krankheit), von M. J. Morrissey und H. S. Reynolds-Hartford. S. 166. Bericht über einen Fall von Morvanscher Erkrankung, einer Syringomyelie mit hauptsächlich Hautveränderungen, die hier am rechten Arm lokalisiert waren. Die Erkrankung entstand nach einem Trauma: Patient fiel 40 Fuß tief in einen Schiffsraum hinab, blieb bewußtlos liegen und konnte beim Erwachen seinen rechten Arm einige Zeit nicht gebrauchen. Erst 1 Jahr später setzten die Hautveränderungen in Form von Fissuren an den Fingern und Blasen am Arm ein.

Tularemia with Reference to Its Cutaneous Manifestations, Report of a Case (Tularämie mit Berücksichtigung ihrer Hauterscheinungen, Bericht über einen Fall), von E. W. Netherton-Cleveland. S. 170. „Tularämie" ist eine Allgemeininfektion durch Bacterium tularense, benannt nach Tulare in Californien, wo eine Epidemie zuerst beobachtet wurde. Verf. bringt einen typischen Fall: Eine 34jähr. Frau bekam an der Stelle einer geringfügigen Hautverbrennung des rechten Zeigefingers ein tief ausgestanztes Geschwür, Drüsenschwellung in Ellenbeuge und Achsel, Fieber mit Schüttelfrost. Am Tag ihrer Erkrankung hatte sie, ohne den Zeigefinger zu schützen, ein Kaninchen zum Kochen hergerichtet. Das Ulkus war nicht hart, sonderte seröses Exsudat ab. Lymphangitis und Ödem waren nicht vorhanden. Das Blutserum agglutinierte Bacterium tularense. Drei Wochen später trat unter Exazerbation der Symptome (heftige Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Gelenkschmerzen) ein Exanthem auf, das mit Erythema multiforme verwechselt werden konnte. Besserung in diesem Fall durch lösliches Merkurochrom 220 und Chinin. Die Infektion erfolgt meist durch Zwischenträger: blutsaugende Insekten, die den Erreger vom wilden Kaninchen auf den Menschen übertragen. Todesfälle sind beobachtet worden, wenn der Primärherd eine Konjunktivitis war. Die Tularämie kann auch typhusähnlich ohne Primärläsion und ohne Drüsenschwellung verlaufen. So trat sie nur bei Laboratoriumsinfektion auf. Inkubation 2—9 Tage. Bacterium tularense ist in der ersten Krankheitswoche aus dem Blut erfolgreich auf Meerschweinchen überimpft worden. Charakteristisch für die Tularämie ist der plötzliche Beginn mit Fieber und Schüttelfrost, eine Remission am 3. oder 4. Tag und die Wiederkehr des Fiebers für 2—3 Wochen, ferner der Primärknoten mit nachfolgender Ulzeration und die dauernde Vergrößerung der regionären Lymphdrüsen mit eventueller Erweichung.

Experimental Transmission of Pityriasis Rosea: Preliminary Report (Experimentelle Übertragung der Pityriasis rosea: vorläufiger Bericht), von U. J. Wile-Ann. Arbor. S. 185. Verf. legte Kantharidenpflaster auf den Primärfleck und auch auf sekundäre Flecken und injizierte subkutan oder skarifizierte den Blaseninhalt Gesunden ein. Nach einer Inkubationszeit von einigen Tagen bis einer Woche trat ein Exanthem auf, das der eigentlichen Pityriasis rosea durchaus glich. Das Exanthem dauerte nur 8 Tage. Nach seinen Erfahrungen hält Verf. die Pityriasis rosea für eine milde Infektionskrankheit.

Treatment of Urticaria with Ephedrine (Behandlung der Urtikaria mit Ephedrin), von B. M. Kesten-New York. S. 189. Ephedrin wird aus der chinesischen Pflanze Ma Huang (Ephedra vulgaris) gewonnen. Es ist ein Stimulans für die peripheren Vasokonstriktoren und wirkt pulsbeschleunigend. Zum Unterschied von Epinephrin ist es sowohl subkutan wie oral wirksam, hat eine stärkere Wirkung und geringere Toxizität. Sechs Patienten mit chronischer Urtikaria erhielten Ephedrin, 50—125 mg, 2—6stündlich, per os mit vollem Erfolg; 2 Patienten wurden gebessert. Von 11 Patienten mit chronischer Urtikaria und angioneurotischem Ödem wurden 7 geheilt, 2 gebessert und 2 blieben unbeeinflußt. L. Mühlpfordt-Allenstein.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie

1927, Jahrg. 3, Nr. 7 u. 8

Les techniques et les résultats des corrections de difformités nasales par les divers procédés de rhinoplastie modelante (Technik und Resultate der Korrektion von Nasendeformitäten mit den verschiedenen Verfahren der modellierenden Rhinoplastik), von P. Mornard. S. 386. Die Technik wird im einzelnen beschrieben, sie besteht im wesentlichen in operativem Angehen der knöchernen und knorpeligen Nasen-

Digitized by Google

teile, wobei zur Plastik beispielsweise Rippenknorpel verwendet wird, der schnell und sicher einheilt. Auf diese Weise wird die Sattelnase wie die Buckelnase, die breite und die schiefe Nase korrigiert.

Traitement des épithéliomas cutanés par la thermocautérisation (Behandlung der Hautepitheliome mit dem Thermokauter), von L. Périn. S. 406. Von allen Verfahren zur Beseitigung der Kankroide ist nach Verf. der Kauterisierung der Vorzug zu geben. Sie arbeitet schnell, einfach und ebenso sicher wie die chirurgischen oder Strahlenverfahren. Die Lokalanästhesie wird durch zweimaliges Vereisen mit Chloräthylspray ausgeübt, was völlig ausreicht. Verf. gibt eine mit Abbildungen versehene Übersicht über 26 so geheilte Fälle.

Stomatite de l'huile grise. Trismus permanent après guérison (Stomatitis nach Oleum cinereum. Dauernder Trismus nach der Heilung), von G. Milian. S. 418. Nach der Heilung einer durch Hg verursachten besonders heftigen und schmerzhaften Stomatitis setzte ein starker Masseterkampf ein, der trotz monatelanger Behandlungsversuche nicht wich. M. nimmt als Ursache eine toxisch bedingte Neuritis oder Myositis der Masseteren an, da eine knöcherne Ankylose nicht vorlag. H. Lippert-Köln.

The Urologic and Cutaneous Review

Juli 1927, Bd. 31, Nr. 7

Diagnosis and Treatment of Deformities and Obstructions at the Vesical Orifice with a New Type of High Frequency Electrode (Diagnose und Behandlung von Deformitäten und Verschlüssen am Orificium vesicae mit einem neuen Typus einer Hochfrequenzelektrode), von M. Molony-San Francisco. S. 407. Erkrankungen am Orifizium sind oft verkannte Ursachen weitgehender Veränderungen besonders an den oberen Harnwegen. Kongenital kommen Verschlüsse durch Veränderungen am Trigonum zustande; andere kongenitale Zustände bewirken Enuresis und Inkontinenz. Erworbene Deformitäten und Verschlüsse beruhen auf nodulärer Fibrose, Fibroadenomen, adenomatöser Prostata mit Papillomen rund um die Basis, unter Umständen mit maligner Entartung. Schließlich können Verschlüsse nach Prostatektomie und anderen Operationen auftreten. Die infolge der vorliegenden Störungen erforderlichen Eingriffe werden zweckmäßig mit der vom Verf. angegeben und abgebildeten, mit ihrem Obturator durch die Harnröhre eingeführten Elektrode unter Leitung des durch suprapubische Zystotomie eingeführten Zystoskops ausgeführt.

Epidermophytosis as an Industrial Disease (Epidermophytie als Gewerbekrankheit), von J. H. Blaisdell-Boston. S. 414. Die Epidermophytien ergreifen jetzt weitere Bezirke des Körpers als früher und sind dadurch zu den verbreitetsten Hautkrankheiten geworden. Sie können als Gewerbeschädigungen gemäß dem Versicherungsgesetz in Betracht kommen, da sie, wenn auch nicht primär durch die Arbeit übertragen werden, sich sekundär an gewerbliche Ekzeme und Dermatitiden anschließen können. Es handelt sich hierbei meist um die mit Bläschen an Fingern, Handflächen, Sohlen und zwischen den Zehen auftretende Erscheinungsform. Da die Keime lange in der Haut liegen können, bis es zum Ausbruch der typischen Erscheinungen kommt, ist der Zusammenhang mit der Arbeit nicht immer leicht festzustellen.

A Case of Giant Calculi in Both Kidneys (Ein Fall von Riesensteinen in beiden Nieren), von Ch. J. Baastrup-Kopenhagen. S. 416.

Keratoderma Blennorrhagicum (Keratodermia blennorrhoica), von E. R. Millis-Kansas. S. 418. Kommt regelmäßig in Verbindung mit Arthritis vor und verläuft in den 3 Stadien der Bläschen-, Pustel-, Krustenbildung.

Haematuria of Urethral Origin. Case Reports (Haematurie urethralen Ursprunges. Bericht einiger Fälle), von Ph. S. Rosenblum-Philadelphia. S. 421.

The Causative Factors and Significance of Pollakiuria in the Female (Ursachen und Bedeutung der Pollakiurie bei Frauen), von Cl. G. Hoffmann-Louisville, Ky. S. 423.

Kidney Function Tests (Nierenfunktionsproben), von W. M. Kearns-Milwaukee. S. 434.

Pyelitis in Pregnancy and the Puerperium (Pyelitis in Schwangerschaft und Wochenbett), von W. T. Pride-Memphis, Tenn. S. 440.

Two Cases of Vesical Bilharziasis (Zwei Fälle von Bilharzia der Blase), von A. Panayotaton-Alexandria. S. 442. Während eines Zeitraumes von 17 Jahren wurden

Digitized by Google

im griechischen Hospital in Alexandria 2 Fälle von Zystitis durch Bilharzia beobachtet, in denen sich im Harn Eier von Bilharzia Mansoni fanden, während im Stuhl keine Parasiten nachweisbar waren. Die Behandlung bestand in täglichen intramuskulären Einspritzungen von 0,04 g Emetin, dazu Einspritzungen von Kampheröl bzw. Natr. kakodyl. Die Erscheinungen gingen danach völlig zurück. Bilharzia Mansoni erzeugt im allgemeinen Darmerkrankungen, nicht Zystitis, die vielmehr durch Schistosomum haematobium hervorgerufen wird.

Gonorrheal Infections of the Bones and Joints (Blennorrhoische Knochen- und Gelenkinfektionen), von L. B. Cowen-Detroit, Mich. S. 444. Die Erkrankungsformen, um die es sich handelt, sind Periostitiden, seltener Osteomyelitis, ferner Arthralgien, Hydrarthros, akute Arthritis, Arthritis deformans. Die Behandlung muß darin bestehen, den Herd der Infektion zu beseitigen und die Arthritis selbst therapeutisch zu beeinflussen. Für den ersteren Zweck kommen Vakzine und unspezifische Proteinkörper, Merkurochrom in intravenösen Einspritzungen in Betracht, wobei es jedoch zweifelhaft ist, ob das Medikament in die Samenblasen, den wichtigsten Herd, und in die Gelenke gelangt. Am empfehlenswertesten erscheint die Vasotomie. Als Lokalbehandlung ersetzt die Diathermie alle sonstigen Methoden. Erst wenn Vasotomie und Diathermie versagen, soll Vasektomie und Arthrotomie in Erwägung gezogen werden.

Diathermy in the Treatment of Chronic Prostatitis (Diathermie bei der Behandlung der chronischen Prostatitis), von O. Grant und J. R. Stites-Louisville, Kentucky. S. 447. Die Diathermie kann die früheren Behandlungsmethoden nicht ersetzen, bildet jedoch ein wichtiges und nicht mehr zu entbehrendes Unterstützungsmittel. Unmittelbar nach ihrer Anwendung soll die Prostata massiert werden, wobei sich dann reichlicheres und dünnflüssigeres Sekret exprimieren läßt. Für akute abzedierende Prostatitis kommt Diathermie nicht in Frage.

The Interpretation of Bladder Symptoms in Women (Die Bedeutung von Blasensymptomen bei Frauen), von I. H. Noyes-Providence, Rhode Island. S. 450.

August 1927, Bd. 31, Nr. 8

The Morphological Genesis of Cleft of the Abdomen and Bladder (Ectopiae Vesicae) (Die morphologische Entstehung der Bauch- und Blasenspalte [Ectopiae vesicae]), von H. Sternberg-Wien. S. 475. Bauchwand-Blasenspalten kommen nur beim Menschen, nicht bei anderen Säugetieren vor; das spricht dafür, daß die Mißbildung in einem frühen Stadium zustande kommt, in dem sich die Entwicklung des Eies wesentlich von der bei anderen Säugetieren unterscheidet. Die erste Bedingung für das Eintreten der Mißbildung wird durch das Ausbleiben der Verkürzung der Kloakenmembran gegeben, die Anlage dazu erfolgt mit der Bildung der ersten Segmente.

Twins and Tylosis (Zwillinge und Tylosis), von J. G. Tomkinson-Glasgow. S. 480. Kongenitale Keratosis palmaris und plantaris fand sich bei einem aus der 5. Schwangerschaft der Mutter stammenden Zwilling und einem aus der 9. Schwangerschaft stammenden einzelnen Kinde. Der Zwilling war abnorm klein, die Mutter zeigte ein übermäßiges Verlangen nach Zucker. In der Familie der Mutter waren öfter Zwillingsschwangerschaften vorgekommen.

One Hundred and Forty Malignant Tumors of the Bladder (140 maligne Blasengeschwülste), von F. Schlagintweit-München. S. 483. Überblick über die Fälle und ihre Behandlung; die Erfolge waren am besten bei den nur mit Elektrokoagulation behandelten Patienten, schlechter bei den vor der Koagulation operierten.

Epidermoid Carcinoma (Hautkarzinom), von S. Weiss-New York City. S. 487. Zahlreiche, größtenteils frei bewegliche Tumoren, Tumoren im Epigastrium, totale linksseitige Fazialisparalyse. Wahrscheinlich primäres Hautkarzinom.

The Autovaccine Treatment of Infection of the Urinary Passages (Die Behandlung der Infektionen der Harnwege mit Autovakzine), von A. v. Adler-Racz-Budapest. S. 489. Liegen Verschlüsse an den unteren Harnwegen vor, so müssen sie beseitigt werden, ehe die spezifische Behandlung wirken kann, weil sonst immer neue Infektionen erfolgen. Bei blennorrhoischen Infektionen der oberen Harnwege wird das Schwinden der Gonokokken mit Sicherheit erreicht, anatomische Veränderungen bedürfen besonderer Behandlung; bei postblennorrhoischen Infektionen stehen die Erfolge im umgekehrten Verhältnis zu den anatomischen Veränderungen, sie sind gut bei akuten, mäßig bei chronischen Prozessen. Bei chronischer Pyelitis muß die bakteriologische Harnuntersuchung stets zu den übrigen Untersuchungen hinzugefügt werden.

Digitized by Google

Erythema Multiforme Bullosum in a Patient Having Tuberculosis and Syphilis. Report of a Case with Necropsy Findings (Erythema multiforme bullosum bei einem Patienten mit Tuberkulose und Syphilis. Bericht über einen Fall mit Sektionsbefund), von E. A. Gauvain-Brooklyn, N.Y. S. 495. Die Syphilis scheint in keiner Beziehung zu der mehrere Jahre hindurch in verschiedener Stärke bestehenden Hautkrankheit gestanden zu haben, da eine bis zum Negativwerden der WR fortgesetzte spezifische Behandlung keinen Einfluß ausübte. Eine primäre Erzeugung durch die Tuberkulose, an der der Patient schließlich zugrunde ging, dürfte auch nicht vorgelegen haben, vielmehr wird angenommen, daß durch eitrige Prozesse in den Tonsillen erst ein tuberkulöser Herd einen sonst latenten Prozeß hat aufflackern lassen.

The Process of Formation of Cystic Dilatations of the Vesical End of the Ureter and of Diverticula at the Ureteral Ostium (Der Prozeß der Bildung zystischer Erweiterungen des vesikalen Endes des Harnleiters und von Divertikeln der Harnleitermündung), von R. Chwalle-Wien. S. 499. Beschreibung eines weiblichen, $8^1/_2$ Wochen alten Fötus mit den genannten Mißbildungen. Diese hängen wahrscheinlich, ebenso wie die als zystische Erweiterung des blinden Endes des Harnleiters (einer wohl bekannten Mißbildung) zu betrachtende Vesica bipartita von der Harnleitermembran ab.

Inhalation Narcosis (Inhalationsnarkose), von P. Albrecht-Wien. S. 505.

The Distribution of the Organism in Leprosy with Special Reference to Foci of Residual Infection (Die Verteilung der Erreger bei der Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Residualherde der Infektion), von E. V. Pineda. S. 507. Lepra muß als Allgemeinkrankheit betrachtet werden. Auf dem Höhepunkte der Erkrankung finden sich die Bazillen in der Haut und den ergriffenen Organen; tritt Besserung ein, so ist die Haut oft bazillenfrei, es wäre aber ganz falsch anzunehmen, daß es auch der ganze Körper ist. Vielmehr sind in den vorwiegend als Sitz der Krankheit in Betracht kommenden Organen (Nerven, Lymphdrüsen) regelmäßig Bazillen zu finden.

Biological Treatment of Gonorrhea (Biologische Behandlung des Trippers), von M. Porosz-Budapest. S. 509. Die Sekretion des Trippers ist eine Reaktion des Körpers, die durch die Behandlung möglichst gesteigert werden muß. Eine spezifische Chemotherapie, die den Erreger abtötet, ist noch nicht bekannt. Es kann deshalb von dem Argentum Abstand genommen werden und an Stelle von Argent. nitric. verwende man als wirksamer Acid. nitric., das auch ohne Zusatz von Anästhetizis gut vertragen wird. Es sind jedoch starke Lösungen notwendig. Tägliche Einspritzungen durch den Arzt einer 2%igen Lösung, durch den Patienten selbst zweimal täglich mit einer Lösung 1:400, die nur wenige Sekunden zurückgehalten zu werden braucht. Mit Rückgang der Erscheinungen, Schwinden der Gonokokken und Zunahme der Epithelien können schwächere Lösungen angewendet werden, ist der Verlauf ein zögernder, so muß man zu stärkeren übergehen. Kann der Patient nicht jeden Tag kommen, so sind Lösungen von 1:300 oder 1:200 zu verschreiben. Adstringentien und Provokation beenden die Behandlung.

Report of a Case of Perfume Bottle in a Man's Bladder (Bericht über einen Fall von Parfümflasche in der Blase eines Mannes), von I. G. Duncan-Memphis, Tenn. S. 514. Bei einem Patienten, der von einem Tripper eine impermeable Striktur zurückbehalten hatte, war eine Urethrotomia externa vorgenommen worden. Da nachtropfender Urin einen üblen Geruch verursachte, befestigte er ein kleines Parfümfläschchen von 10 ccm Inhalt so in der Nähe der perinealen Öffnung, daß das Parfüm heraustropfte und desodorisierte. Eines Tages war es verschwunden und wurde, nachdem sich ein heftiger Blasenkatarrh entwickelt hatte, durch Zystotomie aus der Blase entfernt.

E. Levin-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Talg- und Schweißdrüsen

Die operative Behandlung der lokalen Gesichtshyperhidrosis, von W. I. Dobrotworski-Leningrad. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 30, S. 1881.) Nach Verletzungen oder eitrigen Entzündungen der Ohrspeicheldrüse treten an der Gesichts- und Kopfhaut beim Kauen nach vorausgegangener Hyperämie zuweilen übermäßige Schweißabsonderungen auf. Die Hyperidrose entspricht topographisch dem Ausbreitungsgebiet des

Digitized by Google

N. auricul. magnus, bzw. N. auriculo-temporalis. In der Annahme, daß die Hyperidrose durch eine lokale Reizung sekretorischer Nervenfasern an der Stelle, wo sie das Narbengewebe innerhalb der Parotis passieren, zustande kommt, hat Verf. die beiden entsprechenden Nerven durchschnitten. Der Erfolg war in den so behandelten Fällen gut. Bei einem Kranken, bei dem die Resektion des Nerven zu schwierig war, wurde durch Einspritzung von 85%igem Spiritus nur ein Teilerfolg erzielt.

F. Landauer-Berlin.

Die Behandlung der Hyperidrosis, von J. Galperin. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 13/14.) Empfehlung von Waschungen mit 1—5%iger Lösung von Cupr. sulf. A. Jordan-Moskau.

Haare und Nägel

Thallium Azetate, von J. H. Twiston-Davies. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3470, S. 79.) Auf Grund der Tatsache, daß nach Thalliumalopezie die Haare wieder besonders gut wachsen, gab Verf. das Thalliumazetat zur Anregung des Haarwuchses, und zwar in Dosen, die unter der Epilationsdosis liegen. Es werden 3 Fälle beschrieben, wo die Behandlung einen günstigen Einfluß auf Alopecia-areata-Herde ausübte. Daneben traten aber in allen 3 Fällen neuritische Symptome auf. B. Peiser-Berlin.

Zur Behandlung des Haarausfalles, von E. Saalfeld-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 24, S. 907—909.) Zur erfolgreichen Behandlung des Haarausfalles ist Berücksichtigung des Allgemeinzustandes notwendig; so muß Haarausfall nach Infektionskrankheiten auch allgemein behandelt werden, auf syphilitischer Infektion beruhender spezifisch. Bei Schuppenbildung ist für die örtliche Behandlung zwischen herabgesetzter und übermäßiger Fettabsonderung zu unterscheiden. Bei verschiedenen Formen wirkt Humagsolan günstig (zu vermeiden bei Frauen mit sichtbaren Gesichtshaaren und virilem Typus); es hat eine örtliche Einwirkung auf die Haarpapillen, muß also versagen, wenn diese zugrunde gegangen sind, und bewirkt außerdem eine deutliche Hebung des Allgemeinbefindens. Zu empfehlen ist ferner Zufuhr leicht hautreizender und dadurch hyperämisierend wirkender Substanzen durch Iontophorese. Personen, in deren Familien der Haarausfall erblich ist, könnten bei beginnendem Schütterwerden des Haares prophylaktisch mit Humagsolan behandelt werden. E. Levin-Berlin.

Hypertrichosisbehandlung mittels Elektrokoagulation, von E. Eitner-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 14, S. 460.) Verf. weist darauf hin, gegenüber der Arbeit von Nobl und Glasberg, daß er bereits 1910 (W. kl. W., Nr. 35) die Behandlung der Hypertrichosis durch Elektrokoagulation empfohlen hat, die aber erst in jüngster Zeit infolge Herstellung von Diathermieapparaten für Kleinarbeit und Zusatzrheostaten für die größeren Apparate in weiterem Umfang ermöglicht wurde. M. Cohn-Dresden.

Dermatomykosen

Need for Research in the Treatment of Epidermophytoses (Über die spezielle Therapie der Dermatomykosen), von J. H. Mitchell-Chicago. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 6, S. 421.) Die Arbeit lenkt die Aufmerksamkeit des Dermatologen auf die Notwendigkeit, neben der zur Zeit im Vordergrund des Interesses stehenden mykologischen Untersuchung und der Verfeinerung der kulturellen Differenzierung der Dermatomykosen nicht den Ausbau der Kenntnis ihrer Erscheinungen, ihres Verlaufs und der Therapie zu vernachlässigen. M. verweist auf die Verschiedenartigkeit der klinischen Erscheinungen, unter denen sich Infektionen mit Epidermophytonpilzen oder gewissen Trichophytonarten abspielen können (Eczema marginatum, Fuß- und Handdermatosen infolge Epidermophytie, ekzematoide pilzliche Affektionen infolge Trichophytoninfektion u. dgl.), und gibt einen Überblick über die gegenwärtig gebräuchlichen Behandlungsverfahren dieser Hauterkrankungen, die noch weit von therapeutischer Vollkommenheit entfernt seien. Die Literatur wird weitgehend gewürdigt.

F. Callomon-Dessau.

Hautuntersuchungen im gefilterten Quarzlicht, von S. Bommer, Univ.-Hautkl. Gießen. (Kl. W., 1927, Nr. 24, S. 1142.) Verf. hat ausgiebige Untersuchungen mit gefiltertem Quarzlicht an gesunder und kranker Haut und ihren Anhangsgebilden gemacht. Es ist das Studium der Fluoreszenz nicht nur theoretisch interessant, sondern auch praktisch bei einer Reihe von Pigmentierungen, ganz besonders aber bei der Beurteilung der Ausdehnung der Haarpilzerkrankungen wichtig. Man kann in vielen Fällen, in denen selbst bei genauester Untersuchung keine Pilze mehr feststellbar sind,

Digitized by Google

durch die Fluoreszenzuntersuchung noch bestehende Pilzherde aufdecken. Bei der Mikrosporie zeigen befallene Haare und Haarstümpfe ein intensiv grünes Aufleuchten, während die Pilzkulturen in vitro in anderer Farbe — bräunlich mit zart violetter Färbung — aufleuchten. Vielleicht liegt der Unterschied in der Menge der Sporenbildung im Haar, vielleicht auch bedingt durch ein Reaktionsprodukt zwischen dem Erreger und den Bestandteilen der Hornsubstanz. E. Langer-Berlin.

Sur un nouveau dermatophyte du genre Aleurisma (Über einen neuen Hautpilz aus der Familie Aleurisma), von L. Grigoraki. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 492) Grigoraki und Beauverie haben einen neuartigen Dermatophyten bei zwei Brüdern mit erythemato-squamösen Sykosisherden des Bartes und der Gesichtshaut züchten und auf Glykosegelatine isolieren können. Bei 25° wuchsen nach einigen Tagen rasch gelbliche Kolonien, die nach 10 Tagen zahlreiche Sporen aufwiesen, vom Charakter der Chlamydosporen. Nach einiger Zeit zeigten sich auch charakteristische Verästelungen. Der gelbliche Farbstoff ließ sich weder durch Äther noch Chloroform extrahieren. — Verff. klassifizieren den Erreger als Aleurisma, jedoch unterschieden von den schon beschriebenen Arten; nach ihrem Lehrer Guilliermond benennen sie ihn als Aleurisma Guilliermondi. F. Callomon-Dessau.

Thalliumazetat bei Pilzerkrankungen des Kopfes, angewendet nach der Methode Buschke-Langer, von S. Wolpert'as. (Medicina [Litauisch], 1927, Nr. 3—4, S. 141—144, Vortrag im Ärzteverein Schaulen, 9. Februar 1927.) Behandelt wurden 35 Kinder, darunter 12 Favusfälle. Thalliumazetat wurde in Form der Kahlbaumschen Tabletten (8 mg pro Kilogramm Gewicht), nüchtern verabreicht. Nach 8—9 Tagen beginnt die Epilation, die am 16.—19. Tag ihren Höhepunkt erreicht. Das Mittel wirkt sicher und ruft im allgemeinen keine Nebenerscheinungen hervor, nur in einem Falle klagte ein Junge über leichte ziehende Schmerzen in beiden Unterschenkeln, die 3 Tage dauerten. Seitens der Nieren waren keine Störungen bemerkt. Bis zur vollen Epilation wird der kranke Kopf zweimal täglich mit 5—10%iger Tinct. Jodi eingepinselt und jeden 3. Tag mit Sapo viridis gewaschen. Nach der Epilation wird der Kopf innerhalb 2 Wochen, täglich einmal mit 5—15%iger Pyrogallussalbe behandelt. 3 Monate nach der Epilation tritt ein üppiges Haarwuchstum auf. Kontrolluntersuchungen nach einem halben Jahre haben keine Rezidive ergeben. Autoreferat.

Treatment of Ringworm by Thallium Acetate (Behandlung der Trichophytie mit Thalliumazetat), von St. J. Firth-Manchester. (Brit. m. J., 1927, Nr. 3467, S. 1097.) Bei 10 mit Thalliumazetat behandelten Fällen von Trichophytie bei Kindern unter 5 Jahren war in 18 Fällen der Haarausfall nach 14—16 Tagen eingetreten, in einem Fall mißlang die Behandlung aus unbekannten Gründen, in einem zweiten war die Dosis zu klein gewählt. In allen Fällen wurde nach etwa 10 Tagen eine Rauhigkeit der Streckseiten der Vorderarme sowie der Außenseiten der Beine beobachtet. In einigen Fällen trat nach dem Haarverlust eine geringe Dermatitis der Kopfhaut auf. B. Peiser-Berlin.

Einfache Behandlung der Trichophytia superficialis, von Kolosowski. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 13/14.) Angeblich vorzügliche Resultate der Behandlung von oberflächlichen Trichophytien mit Pinselungen mit starker Essigsäure. A. Jordan-Moskau.

Tierische Parasiten und Fremdkörper

Unerkannte Skabies, von Meschtschersky. (J. z. Vervollkommnung d. Ärzte, 1927, Nr. 6 [Russisch.]) In Anlaß der Beobachtung von 5 Fällen von Skabies, welche längere Zeit unerkannt geblieben waren, geht Verf. auf die abweichenden Formen von Krätze ein: 1. Das Jucken ist bei den einzelnen Personen verschieden, kann sogar ganz fehlen, 2. die Hauptlokalisationsstellen (Hände und Falten zwischen den Fingern) können frei bleiben, so bei Leuten, welche sich viel waschen und bei Leuten, welche es mit Politur, Lack und Säuren zu tun haben. Als sicheres Symptom der Krätze ist aber dagegen bei den Männern die Lokalisation auf dem Gliede, bei den Frauen auf den Brustwarzen anzusehen. Fast pathognomonisch für Krätze ist die sog. Impetigo oder Pyodermitis Hardy, dgl. ein Milbengang, der aber oft nur durch einige, linear gestellte Bläschen angedeutet ist. Oft, aber durchaus nicht immer, ist bei Krätze eine pyogene Infektion der Kreuzgegend und der Glutäen zu finden. Gelegentlich kommt es bei Krätze zu Urtikariaausbrüchen, meist zu Lichenifikation und Ekzematisation. Zur Behandlung empfiehlt er die sog. Kataniasalbe, welche kolloidalen Schwefel enthält. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Akute exanthematische Infektionskrankheiten

Anuria of Seven Days' Duration in a Child with Scarlet Fever (Siebentägige Anurie bei einem Scharlachkinde), von H. L. Higgins und W. J. Graf-Cincinnati. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 6, S. 926—931.) Das an Scharlach erkrankte Kind zeigte am 6. Tage eine Nephritis, es entwickelte sich dann eine 7 Tage dauernde Anurie ohne urämische Erscheinungen, die mit hypertonischen Lösungen behandelt wurde. Nach Wiederherstellung der Nierenfunktion ging das Kind an einer Streptokokkensepsikämie zugrunde. Möglicherweise war die Anurie die Folge einer prophylaktisch gegebenen Diphtherieserum-Einspritzung. E. Levin-Berlin.

Über die Scharlachschutzimpfung nach Dick und das Auslöschsymptom, von G. Papp-Budapest. (Budapesti Orv Ujsag., 1927, Nr. 20.) Die Dicksche Schutzimpfung bedarf einer Korrektion. Einerseits ist die Methode zu langwierig, andererseits die Dauer der von Dick angegebenen Immunität zu ungewiß. 72% der Dick-positiven Kinder zeigt nicht das Schultz-Charltonsche Phänomen. Werden solche Kinder schutzgeimpft, dann zeigt das Serum von 50% das Auslöschsymptom. Kinder, deren Serum das Schultz-Charltonsche Phänomen zeigt, bedürfen keiner Schutzimpfung. Die Dicksche Probe ist kein verläßliches Zeichen der Scharlachempfänglichkeit, da Dick-positive Kinder, die einer Infektion ausgesetzt waren, nicht immer an Scharlach erkranken, da frische Scharlachfälle nur in einem kleinen Teile eine positive Reaktion ergeben, und weil die Hautreaktion von schutzgeimpften auffallende Schwankungen zeigt. Die Dicksche Theorie hat also das Scharlachproblem nicht gelöst.

K. v. Berde-Szegedin.

Disparition temporaire de la réaction de Dick sous l'influence de diverses éruptions cutanées (Zeitweiliges Verschwinden der Dickschen Reaktion unter dem Einfluß verschiedener Hauteruptionen), von R. Debré, M. Lamy und H. Bonnet. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 104—105.) Bei einer Reihe von an Masern erkrankten Kindern wurde die vorher positive Dicksche Reaktion nach Auftreten des Exanthems negativ, um nach ungefähr 4 Wochen wieder positiv zu werden. Eine gleiche Beobachtung kann auch bei anderen Exanthemen gemacht werden, so bei einer allgemeinen Dermatitis nach Quarzlampenbestrahlungen. Dabei wurde niemals im Blut Antitoxin gefunden. Nach künstlicher Erzeugung eines umschriebenen Erythems war die Reaktion an dieser Stelle gegenüber dem der übrigen Haut abgeschwächt. Dieses zeitweilige Negativwerden ist nicht spezifisch, es handelt sich dabei nur um eine Verminderung oder Abschwächung der Reaktionsfähigkeit der Haut. Diese Verhältnisse beeinflussen im allgemeinen den Wert der Dickschen Reaktion für die Unterscheidung der für Scharlach empfänglichen oder refraktären Personen nicht, müssen jedoch bei Beurteilung des Ausfalles der Reaktion in Betracht gezogen werden.

E. Levin-Berlin.

Localisation précoce de l'érythème morbilleux sur la zone cutanée où a été pratiquée une intradermo-réaction de Dick (Vorzeitige Lokalisation eines Masernexanthems an Hautstellen, an denen eine Dicksche Intradermoreaktion ausgeführt worden war), von R. Debré, H. Bonnet und M. Lamy. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 36—38.) 3 Kinder, bei denen eine Dicksche Intradermo-Reaktion mit positivem Erfolge ausgeführt worden war, befanden sich, ohne daß es bekannt war, im Inkubationsstadium der Masern. Nach normalem Abklingen der Reaktion trat zu einer Zeit, zu der noch kein allgemeines Masernexanthem bestand, jedoch allgemeine katarrhalische Erscheinungen, Fieber, Koplikssche Flecken vorhanden waren, an den Stellen der Reaktion, rote Flecke auf. Am nächsten Tage allgemeines Exanthem. Kinder, bei denen die Dicksche Reaktion negativ ausgefallen war, zeigten keine entsprechenden Erscheinungen. Es handelt sich dabei nicht um ein Wiederaufflammen der Dickschen Reaktion sondern um eine besondere, vorzeitig auftretende und mit großer Intensität einhergehende Lokalisation des Masernexanthems. Abgesehen von anderen Gründen, spricht für diese Annahme auch das Aussehen der Effloreszenzen und die Tatsache, daß auch nach anderen Hautausschlägen ein Masernexanthem an deren Stellen vorzeitige Eruptionen zeigt. Es handelt sich dabei übrigens wohl nicht um ein Charakteristikum der Masern, sondern um eine auch bei anderen Exanthemen zu beobachtende Erscheinung. E. Levin-Berlin.

Masern bei Erwachsenen, von W. Pockels, V. Med. Abt. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1053.) Masern bei Erwachsenen haben eine viel bessere Prognose quoad vitam als bei Kindern und verlaufen im Durchschnitt leichter. Die

Digitized by Google

Beobachtungen erstrecken sich über 9 Jahre. Auch die weitverbreitete Ansicht, daß hämorrhagische Masern einen ernsteren Charakter haben, ist unzutreffend.
F. Harry-Wiesbaden.

Die amerikanischen Erfahrungen mit der Schutzpockenimpfung, von O. Lentz-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 1, S. 19.) Kurze Übersicht über Impfschutz in U.S.A. mit sehr guten tabellarischen und kurvenmäßigen Darstellungen, die die Gesetzgebung in den einzelnen Staaten, die Zahl der Erkrankungen und speziell die Verhältnisse in Kalifornien, dem einzigen Staat der Union, der die Gewissensklausel eingeführt hat, demonstrieren. Ergebnisse: Je besser der Impfzustand der Bevölkerung, desto weniger Erkrankungen an Pocken. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Il est urgent d'empêcher l'importation des germes varioliques (Die Fernhaltung der Einschleppung von Pockenkeimen ist dringend erforderlich), von L. Camus. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 25, S. 814—819.) Die seit fast einem Jahre in Frankreich herrschende Pockenepidemie kommt zu keinem Ende, weil immer wieder leichte Fälle übersehen werden, an die sich schwere anschließen können. Vor allem aber muß die Einschleppung von Keimen von außen, auf die die Epidemie zurückzuführen ist, verhindert werden. Es ist erforderlich, Personen, die sich von Algier oder aus den Kolonien nach Frankreich einschiffen wollen, einer Wiederimpfung zu unterwerfen. E. Levin-Berlin.

Sur un vœu relatif à la protection contre l'importation de la variole (Wunsch bezüglich des Schutzes gegen die Einschleppung der Pocken), von L. Camus. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 98, Nr. 27, S. 5—8.) Die permanente Pockenkommission hält, da Zwangsmaßnahmen nicht durchführbar sind, eine Impfung von Arbeitern aus Tunis und Marokko für erforderlich. Ferner soll von allen Personen, mit Ausnahme von Wintergästen und Touristen, bei der Einreise in Frankreich ein Impfschein verlangt werden. E. Levin-Berlin.

Beitrag zur Frage der Variolavakzine, von M. Morosow-Moskau. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 103, H. 4/5, S. 217.) Die Paschenschen Körperchen stellen höchstwahrscheinlich den Erreger der Variola dar. Fraglich ist aber, ob sie die einzigen Erreger sind. Die Elementarkörperchen sind in den Pusteln der Nasen- und Lippenschleimhäute des Kaninchens schon 36—48 Stunden nach der Impfung nachweisbar. Vom 3.—5. Tage vermehren sie sich sehr stark und nehmen vom 6.—7. Tage anfangs langsam, dann rapid ab, um vom 8. Tage an völlig zu verschwinden. 4—5 Tage nach der Impfung zeigen die Körperchen eigenartige morphologische Veränderungen. Ihre Größe und Färbbarkeit wird unregelmäßig. Die Virulenz der Pusteln richtet sich nach dem Gehalt an Elementarkörperchen. Zur Darstellung der Paschenschen Körperchen eignet sich am besten die Färbung nach Fontana-Tribondeau. F. Harry-Wiesbaden.

Infection spontanée du lapin par le virus du vaccin jennerien (Spontane Infektion des Kaninchens mit dem Virus der Schutzpockenlymphe), von C. Levaditi und V. Sanchis-Bayarri. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 22, S. 371—373.) Die zufällige Impfinfektion von Kaninchen infolge Aufenthaltes in einer infizierten Umgebung scheint durch eine über das gewöhnliche Maß hinausgehende Virulenz der Keime zustande zu kommen. Das aus der Impforchitis des Kaninchens gezüchtete Virus bewirkte eine Keratokonjunktivitis, Hauteruptionen vom Typus des Neurovakzins, am Präputium herpesartige Läsionen; intrazerebrale Inokulation bewirkte serienweise weiter übertragbare, in 3—4—5 Tagen tödliche Vakzine-Enzephalitis, deren mikroskopische Veränderungen mit denen der neurovakzinalen Enzephalitis übereinstimmten. Auf intratestikuläre Inokulation erfolgte eine intensive, regelmäßig tödliche Orchitis. Nach intravenöser Injektion erschien auf der vorher epilierten Haut des Kaninchens eine Vakzineeruption. Das aus dem Hoden gezüchtete Vakzin zeigte mit dem Neurovakzin eine gekreuzte Immunität, beide sind also übereinstimmender Natur. Die große Virulenz zeigt sich auch darin, daß das sonst gegen das Neurovakzin im allgemeinen widerstandsfähige Meerschweinchen nach transkranieller Impfung regelmäßig an Impfenzephalitis zugrunde geht. E. Levin-Berlin.

Die Züchtung des Vakzinevirus in nicht ektodermalen Geweben, von B. Walthard, Hyg. Univ.-Inst. Basel. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 107, H. 1, S. 220.) Verf. beschäftigt sich mit der Frage, ob das Vakzinevirus tatsächlich nur in ektodermalem Geweben gedeiht oder sich auch in anderen, speziell mesodermalen Parenchymen ansiedeln, vermehren und pathogen auswirken kann. Er injizierte Kuhpockenlymphe zunächst in die Niere von Kaninchen und konnte nachweisen, daß es zu einer Vermehrung der Vakzinekeime an Ort und Stelle kam, sowie zu einer Disseminierung

Digitized by Google

im Gesamtorganismus, genau wie bei der Vakzination ektodermalen Gewebes. Sodann studierte er die Vakzinewirkung bei Infektion von quergestreifter Muskulatur. Hierbei war das Ausgangsmaterial statt Kuhpockenlymphe eine an den Kaninchenorganismus angepaßte „Neurovakzine" in Form virulenter Hirnemulsionen. Nach Freilegung der Muskulatur wurde das Material direkt in die Muskelbäuche der Lendenmuskulatur eingespritzt. 6—10 Tage später wurden die Tiere getötet und die infizierte Muskelpartie emulgiert, dann diese Emulsion auf die skarifizierte Kaninchenkornea oder Bauchhaut übertragen. Resultat stets +++. Dabei gleichzeitig „Muskelpassagen" auf andere Kaninchen, die bis zur 6. Generation fortgesetzt kein Abreißen der Virulenz ergaben. Diese „Myovakzine" oder mesodermale Vakzine wich in keiner Hinsicht von der ektodermalen „Neurovakzine" ab. Auch die allgemeine und absolute Vakzineimmunität war bei beiden Vakzinearten die gleiche. Vom Muskel aus generalisiert sich das Vakzinevirus im Gegensatz zum Herpesvirus, das auf dem Nervenweg fortschreitet, auf dem hämatogenen Wege. Der Verf konnte das durch Blockierung des retikulo-endothelialen Systems mittels intravenöser Injektionen von Tusche nachweisen. Dies Verfahren erhellte auch gleichzeitig die Reinigung des infizierten Blutes durch die Tätigkeit des R.E.S. Obwohl der Verf. über die möglichen Fehlerquellen seiner Versuche sich klar ist, und weitere Versuche zu deren Ausschaltung erst im Gange sind, kann man wohl aus der sehr kritischen Arbeit, wenigstens für das Kaninchen, den Schluß ziehen, daß die von älteren Autoren angenommene obligatorische Neurotropie des Vakzinevirus nicht besteht. F. Jacobsohn-Berlin.

Impfung und örtliche Reaktion, von F. Hoppe, Bezirksgesundheitsamt Charlottenburg. (D. m. W., 1927, Nr. 30, S. 1268.) Häufig wird eine nach der Impfung auftretende heftige örtliche Reaktion mit einem Erysipel verwechselt. Die Diagnose Erysipel ist nur dann gerechtfertigt, wenn die entzündliche Hautrötung nach dem Verschwinden der Area mit Fieber auftritt. Die Krankheitssymptome der örtlichen Reaktion, Fieber, Hautrötung verschwinden ungefähr am 12. Tage. Zur Vermeidung der oft beobachteten Lokalreaktion schlägt Verf. vor, in Zukunft statt 4 nur 2 Impfschnitte anzulegen. F. Harry-Wiesbaden.

Observation sur le mécanisme de l'infection et de l'immunité vaccinale (Beobachtungen über den Mechanismus der Infektion und Immunität durch Vakzine), von H. Plotz. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 19, S. 55—56.) Wenn man Kaninchen durch Einreiben von Lymphe in Skarifikationen impft, so kann man feststellen, daß das Virus sich in der Haut auf eine beträchtliche Entfernung fortpflanzt. Von dem geimpften Tiere in wachsender Entfernung entnommene Hautstückchen zu einer Emulsion verarbeitet zeigen die Fähigkeit, bei anderen Tieren positive Impfungen zu erzeugen. Der Höhepunkt des Ergiffenseins der Haut ist am 4. Tage erreicht; sobald sich am 5. Tage die Impfpustel gebildet hat, findet sich das Virus nur noch in dieser, nicht mehr in der Haut. In die Blutbahn geht das Virus nicht über, außer wenn sehr massive Dosen Lymphe bei tiefen Einschnitten verwendet werden. Exzidiert man den geimpften Tieren die geimpfte Haut und nimmt man nach 7—14 Tagen Wiederimpfungen vor, so zeigt sich (bei Exzisionen) während der ersten 3 Tage nach der Impfung keine Immunität; wird die Haut am 4. Tage nach der Impfung exzidiert, so zeigt sich eine partielle Immunität, geringere Reaktion, spätere Pustelbildung; bei Exzision am 5. Tage volle Immunität, die also mit dem Zeitpunkt der Pustelbildung zusammenfällt. Wurden Kaninchen subkutan mit Serum oder Hautemulsionen, die von geimpften und immunisierten Tieren stammten, gespritzt, so reagierten sie vollkommen normal. Es sind also nach der Impfung weder im Blut noch in der Haut Schutzstoffe enthalten. Der Grad der Immunität hängt von dem Umfange der geimpften Haut und der Dosis des Virus ab. E. Levin-Berlin.

Enzephalitis nach Vakzination oder Vakzineenzephalitis, von F. Lucksch, D. Univ. Prag. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 103, H. 4/5, S. 227.) Die nach Vakzination auftretenden Erkrankungen des Zentralnervensystems lassen sich meist schon klinisch von der Encephalitis epidemica und Poliomyelitis anterior acuta abgrenzen. Ganz besonders charakteristisch sind die pathologisch-histologischen Veränderungen. Sie bestehen aus mesenchymaler Infiltration der Gefäßwände und einer Gliafaser- und Gliazellvermehrung in der Umgebung der Gefäße. Dies gilt sowohl für die graue als auch für die weiße Substanz. In der grauen Substanz kommen noch frei im Gewebe liegende diffuse Gliazellansammlungen vor. Leukozyten werden in den Gefäßwandinfiltraten und perivaskulären Gliazellansammlungen in mäßiger Menge, lymphozytäre Elemente außerhalb der Hisschen Räume nur ausnahmsweise angetroffen. Die stärksten Veränderungen

Digitized by Google

finden sich in der Substantia nigra, im Pons und im subkortikalen Marklager. Am Entzündungsprozeß sind die Meningen und das Gehirn, in einzelnen Fällen auch das Rückenmark beteiligt. Schließlich ist es nach der Ohtawaraschen Anreicherungsmethode im Kaninchenhoden gelungen, das Vakzinevirus einwandfrei darzustellen. (Brit. m. J. of exper. Path., 1926, Bd. 7, S. 181.) Die nach Blatternschutzimpfung beim Menschen gelegentlich auftretende Erkrankung des Zentralnervensystems stellt somit eine Krankheit eigener Art dar und wäre als Meningo-Encephalitis vaccinica zu bezeichnen.

F. Harry-Wiesbaden.

Generalisierte Vakzine und Eczema vaccinatum, von H. A. Gins-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 20, S. 713.) Das ausgeprägte Krankheitsbild der generalisierten Vakzine gestattet kaum eine Unterscheidung von Variola. Prognose zweifelhaft. Als Ursache wird eine hämatogene Verschleppung des Virus angenommen; Verf. glaubt im Anschluß an die Untersuchungen v. Pirquets und Meders, daß die Entstehung der generalisierten Vakzine von einer verzögerten Immunität, die gewöhnlich schon am 8. Tage nach der Impfung einsetzt, abhängig ist. Als Beweis für seine Ansicht dienen ihm die etwas häufigeren Fälle vom Auftreten eines Erythems nach der Impfung, das sich infolge der bereits weiter vorgeschrittenen Immunisierung schnell zurückbildet; durch letztere wird eine Vermehrung des Virus unterdrückt. Zum Unterschied von dieser generalisierten Vakzine, die sich nur bei hautgesunden Kindern findet, handelt es sich beim häufig mit ihr verwechselten Eczema vaccinatum um eine exogene Infektion eines bestehenden Ekzems, wobei die ekzematöse Haut als pathologisch verändert im Sinne der Durchgängigkeit für das Vakzinevirus anzusehen ist. Das klinische Bild ist wechselnd; bei Infektion kleiner Ekzembezirke führt die Beobachtung von Vakzinepusteln im Bereich der veränderten Hautpartien selbst dann zur Diagnose, wenn die Infektionsquelle unbekannt bzw. der Patient selbst nicht geimpft ist. Bei Vorhandensein größerer ekzematöser Bezirke schweres Krankheitsbild: Benommenheit, hohes Fieber, Exazerbation des Ekzems; bei Infektion größerer Plaques finden sich Vakzinepusteln nur im Bereich der Peripherie, dabei oft auch in der Nähe des Haupherdes Gruppen von Nebenpusteln mit typischem Aussehen. Prognose sehr dubiös, Exitus in einem Drittel aller Fälle. Verf. rät auf Grund seiner Tierversuche, in derartigen Fällen therapeutisch einen Versuch mit hochwertigem Anti-Vakzineserum, das von ihm bezogen werden kann, zu machen. Eine individuelle Disposition für Entstehung eines Eczema vaccinatum ist auf Grund des vorliegenden Materials anzunehmen; nicht alle geimpften Ekzemkinder erkranken. Häufigkeit dieser Impfschäden: Von 1913 ab 12 Fälle von generalisierter Vakzine (15 mal diagnostiziert, aber 3 mal handelte es sich um echte Pocken), 21 Fälle von Eczema vaccinatum, davon 14 allein in den letzten 3 Jahren. Verf. glaubt, daß der Grund für diese Zunahme in der Verwendung von Vakzine liegt, bei der absichtlich eine Virulenzsteigerung herbeigeführt wurde, um einen kräftigen Impfschutz zu verbürgen; daraus ergibt sich die Forderung, ekzemkranke Kinder unter allen Umständen von diesem Vakzineimpfstoff fernzuhalten, d. h. nicht zu impfen, bis das Ekzem abgeheilt ist und sie von geimpften Kindern zu isolieren. Rechtlich ist jeder Fall von Eczema vaccinatum als Impfschaden anzusehen. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Localization of Chickenpox Lesions at the Site of Previous Skin Tests (Lokalisation von Windpocken am Ort früherer Hautproben), von E. E. Martmer-Detroit. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 23, S. 1797.) Ferry und Toomey haben früher berichtet, daß bei Masern und Scharlach eine vorher positive Dickreaktion wieder in Erscheinung tritt. Ebenso hat Toomey beobachtet, daß eine positive Tuberkulinreaktion bei Masern wieder sichtbar wurde. Martmer teilt nun einen Fall von Windpocken mit, der 2 Wochen vor Krankheitsbeginn von Ferry und Clark an vier verschiedenen Stellen mit Dicktoxin, Maserntoxin (Ferry), Streptokokkentoxin von Puerperalsepsis und Erysipel geimpft worden war. Da der Patient Masern durchgemacht hatte, waren nur die Dick- und Streptokokkenimpfungen positiv ausgefallen, um nach einem Tag wieder zu verschwinden. Die Windpockenbläschen traten nun ebenfalls deutlich nur an den früher positiven Impfstellen auf, während die Masernimpfstelle wieder frei blieb. Es handelte sich nicht um ein Wiederdeutlichwerden der Dickreaktion, sondern um eine Lokalisation der Windpocken an den Stellen, die früher reagiert hatten.

A. Hirsch-Frankfurt a. Main.

Studies on Varicelle: Age and Seasonal Incidence Recurrences, Complications and Leukocyte Counts (Studien über Varizellen: Alter, Einfluß der Jahreszeit. Rückfälle. Komplikationen und Leukozytenzählungen), von A. G. Mitchell und E. G. Fletcher-Cincinnati. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 4, S. 279.) Verf. untersuchte

Digitized by Google

775 Fälle, vom Alter 1 Tages bis zu 55 Jahren. Er fand dabei Erkrankungen von 1,4% unter 6 Monaten, 11,7% 6 Monate bis 2 Jahre, 36% 2—6 Jahre, 24,2% 6—12 Jahre, 6,8% 12—20 Jahre, 19,4% über 20 Jahre. Bei den Neugeborenen scheint die Krankheit durch die Mutter kongenital übertragen zu werden. Man kann wohl sagen, daß fast alle Kinder der Infektion verfallen, wenn sie nicht durch früher durchgemachte Varizellen immun geworden sind. 67% aller Fälle erkrankten im Winter. Nur bei 9 von den 775 Fällen konnten früher durchgemachte Varizellen nachgewiesen werden. Komplikationen sind selten und leicht, meist dann Furunkulosis und Otitis media. Nur 1 Todesfall als wirkliche Folge der Varizellen beobachtet. Die ausgedehnten Leukozytenzählungen (2 Tabellen) ergaben in den ersten Tagen geringe Leukozytose. Vom 4. Tage ab sind die Zahlen meist normal. Die Differentialzählung zeigt ziemlich normale Verhältnisse und ist bei Abweichungen diagnostisch nicht zu verwerten.

H. Colman-Berlin.

A Fatal Case of Bullous and Gangrenous Varicella (Ein tödlich endender Fall von bullösen und gangränösen Varizellen), von E. Gordon-London. (Arch. of Pediatrics, Juni 1927.) Bei dem außerordentlich seltenen Falle, ein 2 Jahre 11 Monate altes, sonst gesundes Kind betreffend, waren zerstreut über rechte und linke Hüftgegend, linkes Gesäß und beide Ober- und Unterschenkel 16 hämorrhagische Blasen in der Größe von gewöhnlichen Schafblattern bis zu einem Schillingstück vorhanden, die 2 Tage nach Beginn des allgemeinen Ausschlages auftraten und alle einen leicht verdickten roten Rand aufwiesen. Temperatur nahezu 40° C, nach 2 Tagen Exitus. Die Blasen hatten z. T. nekrotische Beschaffenheit angenommen. Tödlicher Ausgang von Varizellen ist selten. Verf. hat in 25jähr. Krankenhauspraxis nur drei erlebt; dabei handelt es sich immer um eine gangränöse oder hämorrhagische Abart.

M. Stern-München.

Klassifikation des Erregers der Rattenbißkrankheit, von A. Ch. Ruys-Amsterdam. (Zbl. f. Bakt., 1927, Bd. 103, H. 4/5, S. 268.) Der Erreger der Rattenbißkrankheit gehört zur Gruppe der Spirillen, weil der Körper bei der Bewegung starr gehalten und von einem Büschel Flagellen fortbewegt wird. Zur färberischen Darstellung der Flagellen eignet sich das vom Verf. modifizierte Loefflersche Beizverfahren. Das trockene Präparat wird 5 Minuten mit folgender Lösung: Acid. acet. 1,0; Formol 20,0; Aq. dest. 100,0 vorbehandelt, abgespült, getrocknet und dann nach dem Loefflerschen Beizverfahren behandelt. Nur dem Umstande, daß die meisten Färbeverfahren die Mehrzahl der Flagellen nicht darstellen, ist es zuzuschreiben, daß zahlreiche Untersucher den Erreger zu den Spirochäten rechnen.

F. Harry-Wiesbaden.

Lepra

Zur Leprafrage, von Santalow. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 11/12.) In der beschriebenen Beobachtung handelt es sich um eine 39jähr., aus Libau gebürtige Frau mit Lepra tuberosa und deren 14jähr. Tochter mit Lepra maculo-anaesthetica. Die übrigen Kinder von 20, 18, 16 und 4 Jahren erwiesen sich als gesund. Die Mutter hält sich für krank seit 1 Jahr, die Tochter seit einigen Monaten. Verf. nimmt bei der Mutter eine 18—20jähr. Inkubation an, weil die Kranke damals in leprainfizierter Gegend war.

A. Jordan-Moskau.

La pseudo-lèpre ou „punudos", maladie non classée qui sévit au Guatémala (Pseudolepra oder „punudos", eine bisher nicht klassifizierte, in Guatemala wütende Krankheit), von R. Roblès. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 776 bis 780.) Die oft mit Lepra verwechselte Krankheit hat mit dieser nichts zu tun. Sie beginnt regelmäßig mit einem roten Fleck an der Vorderseite des einen Fußgelenkes oder der benachbarten Haut des Fußrückens oder des Unterschenkels, Leistendrüsenschwellung der betroffenen Seite, fieberhaften Allgemeinerscheinungen. Nach einigen Tagen ist alles geschwunden, doch wiederholen sich die Anfälle nach 6—7 Monaten, dann in kürzeren Pausen; nach jedem Anfalle bleibt allmählich stärker werdendes Ödem an Fuß und Unterschenkel zurück, es entwickeln sich dann ferner papillomatöse Wucherungen, zuerst am Nagel der großen, dann auch der übrigen Zehen und am Fußrücken. Auch der andere Fuß erkrankt in gleicher Weise. Parasiten konnten weder in den erkrankten Teilen noch im Blute gefunden werden. Das Knochensystem bleibt frei von Veränderungen.

E. Levin-Berlin.

Tuberkulose

Das Erstexanthem („Frühexanthem") der kindlichen Tuberkuloseinfektion, von Uffenheimer-Magdeburg, Vortr. auf d. Vereinigung sächs.-thüring. Kinderärzte. (Mschr.

Digitized by Google

f. Kinderhlk., 1927, Bd. 35, H. 5, S. 462.) Bei 4 Kindern konnte Verf. 2 Monate nach dem Zustandekommen der tuberkulösen Infektion unter wochenlangen Fieberperioden ein Exanthem beobachten, das masernähnlich oder an Erythema nodosum erinnernd, teils makulös, teils tuberkulidähnlich war. Der Termin des Auftretens entsprach der Zeit der Ausbildung der Tuberkulinempfindlichkeit. So bestand ein auffallender Parallelismus mit den exanthematischen Krankheiten: akut einsetzendes Fieber und Ausschlag.

R. Ley-Kreuznach.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

25. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Berlin, 28. und 29. Oktober. Sie wurde eingeleitet durch eine Festsitzung im Bürgersaal des Rathauses. Jadassohn-Breslau hielt die Begrüßungsansprache über bisheriges Wirken und weitere Ziele der Gesellschaft, in der er der großen Verdienste der Begründer Neisser und Blaschko gedachte. Ministerialdirektor Dammann überbrachte ein Glückwunschschreiben des Reichspräsidenten, Ministerialdirektor Grieser hob die Verdienste der Gesellschaft um die Sozialversicherung hervor. Das Deutsche Rote Kreuz ließ durch Präsident v. Winterfeld Glückwünsche überbringen, für das Ausland sprachen Ehlers-Kopenhagen und Bronner-Moskau. Der Mitarbeit der Frauen wurde durch Ansprachen der Frau Gerken-Leitgebel und Frau Fürth-Frankfurt a. M. gedacht, für die Ärzteschaft sprach Schneider-Potsdam, für die Sozialhygienischen Verbände Prof. Rott-Berlin. Für seine tatkräftige Mitarbeit beim Zustandekommen des Gesetzes erhielt Ministerialdirektor Dammann von der Deutschen Gesellschaft die Neisser-Blaschko-Plakette; zu Ehrenmitgliedern wurden Präsident Kaupmann, Geheimrat Freund, Senatspräsident Schmölder-Kassel und Prof. Flesch-Frankfurt a. M. gewählt. Frau Fürth-Frankfurt a. M., Frau Fritsch-Königsberg und Frau Balte-Berlin wurde ein Relief mit dem Bilde Blaschkos überreicht. Das Rote Kreuz zeichnete Geheimrat Jadassohn, Prof. v. Zumbusch, Prof. Pinkus, Prof. Galewsky, sowie Dr. Roeschmann durch die Verleihung des Ehrenzeichens aus. Den einleitenden Vortrag über das Werden und die Entstehung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten hielt Ministerialdirektor Dammann; Oberregierungsrat Berger wies auf die Erfolge der älteren Reichsgesetze zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten, das Impfgesetz und das Reichsseuchengesetz, hin, durch die damals sehr gefürchtete Seuchen in Deutschland völlig verschwunden seien. Das Gleiche sei für die Geschlechtskrankheiten zu erhoffen. Das neue Gesetz werde den Grundstein bilden für eine gesündere Generation, die mehr Lebensfreude und Arbeitstüchtigkeit erlange, so daß man in abermals 25 Jahren der Schöpfer des Gesetzes mit Dankbarkeit gedenken werde. Anna Pappritz begrüßte das Gesetz auch als einen Fortschritt für die Frauenwelt. Vom versicherungspolitischen Standpunkt sprach Präsident Schäffer. Die Sozialversicherung, die seit je ein Hauptfaktor im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten gewesen sei, begrüße das Gesetz als neuen Antrieb zur gemeinschaftlichen Arbeitstätigkeit der Träger der Sozialversicherung und der allgemeinen Gesundheitsfürsorge. Den kommunalen Standpunkt vertrat der Beigeordnete des Deutschen Städtetages Dr. Memelsdorff. Um die Zersplitterung der sozialen Gesetzgebung zu überwinden, sei die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zwischen Gemeinden und Versicherungsträgern unbedingtes Erfordernis. Ministerialrat Schäfer vom Reichsjustizministerium sprach vom juristischen Standpunkt.

Hofrat Prof. Julius Wagner von Jauregg, Vorstand der psychiatrischen Klinik in Wien, der Begründer der Malariatherapie der Syphilis, erhielt den Nobelpreis für Medizin. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 50 (Bd. 85) 10. Dezember 1927

Aus der Medizinischen Klinik zu Rostock (Direktor: Prof. Hans Curschmann)

Über einige bei dem Zustandekommen von Erythem- und Pigmentbildung mitwirkende Gesetzmäßigkeiten[1])

Von

R. Stahl und G. Simsch

Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, diejenigen Faktoren näher zu erforschen, die in der Lage sind, die durch Ultraviolettbestrahlung bewirkte Erythem- und Pigmentbildung zu modifizieren. Als solche kommen in Frage einmal klimatische Einflüsse, wie Wärme, Kälte, Wind; ferner Zustandsänderungen des Körpers selbst, nämlich Änderungen seiner Stoffwechsellage, seines vegetativ-nervösen, wie seines hormonalen Gleichgewichts.

Unsere Methodik bestand darin, daß mit 5 kreisrunden Durchbohrungen versehene Pappschirme, deren Öffnungen einzeln durch Zinkschieberchen zu bedecken oder freizugeben waren, auf beide Unterarme der Versuchspersonen aufgebunden und die Umgebung abgedeckt wurde. Zur Bestrahlung wurde Öffnung 1 freigegeben, $^1/_2$ Minute danach Öffnung 2, nach 1 Minute Öffnung 3, nach 2 Minuten Öffnung 4, nach 3 Minuten Öffnung 5, nach $4^1/_2$ Minuten wurde die Bestrahlung abgebrochen. Es zeigten sich gut abgestufte Erythem- und Pigmentbildungen, die nach 6 und 24 Stunden (Erythem), sowie nach 72 Stunden und nach einigen Tagen abgelesen wurden (Pigment). Sie wurden ihrer Stärke nach mit 1—4 Kreuzen registriert, außerdem photographisch festgehalten.

Wir applizierten einer Versuchsperson an einem Unterarm ein warmes Armbad, das zu einer kräftigen Hyperämie führte und bestrahlten anschließend beide Unterarme. Es zeigte sich eine einwandfreie Verstärkung des Erythems und Pigments an dem bestrahlten Arm.

Schwieriger wurde die Beurteilung schon nach einem kalten Armbad. Blieb der Arm danach blaß, so zeigte sich eine Abschwächung des Erythems, jedoch eine relative, bisweilen sogar eine absolute Verstärkung des Pigments. War der Arm nach dem kalten Bade gerötet, z. B. durch Frottieren, so trat auch hier eine Verstärkung des Erythems, jedoch eine noch darüber hinausgehende Verstärkung des Pigments auf.

Daraus ergeben sich dreierlei Folgerungen:

[1]) Vortrag, gehalten auf der 1. Tagung der Gesellsch. f. Lichtforsch. zu Hamburg, 16.—18. Sept. 1927.

Digitized by Google

1. Während der Bestrahlung bestehende Hyperämie verstärkt Erythem und Pigment.
2. Anämie schwächt das Erythem ab.
3. Kälte verstärkt elektiv die Pigmentbildung.

Bei weiteren Untersuchungen zeigte sich, daß auch durch Frottieren, durch elektrischen Strahlofen, durch venöse Stauung bewirkte Hyperämie in dem gleichen Sinne wirkte, wenn auch mit geringen Differenzen. Dabei erwies es sich als gleichgültig, ob eine hellrote aktive, oder eine zyanotische passive Hyperämie vorlag.

Interessant war auch folgender Versuch: Ein Arm wurde an einem Tage heiß gebadet und bestrahlt, am nächsten Tage kalt gebadet und bestrahlt. Die zyanotische Hyperämie war beide Male die gleiche, ebenso die Verstärkung des Erythems. Jedoch das Pigment zeigte sich an dem kalt gebadeten Arm bedeutend stärker als an dem warm gebadeten. Überall bestätigen sich also die oben erwähnten Gesetzmäßigkeiten.

Weiterhin wurden die Applikationen in umgekehrter Reihenfolge vorgenommen. Es wurde zuerst bestrahlt, danach die Hyperämie erzeugt. Dabei zeigte sich in den allermeisten Fällen gar keine Veränderung des Erythems und Pigments. Es muß also die Hyperämie während der Bestrahlung bestehen.

Diese Sensibilisierung durch Hyperämie stellt also das Gegenteil dar der von der Finsenbestrahlung her bekannten Desensibilisierung durch Druckanämie. Diese wird bekanntlich durch einen Quarzglas-Druckkörper erzeugt und ermöglicht größere Mengen wirksamer Strahlen in die Tiefe zu bringen ohne Erythem- und Pigmentschädigung der Haut.

Das legt uns den Gedanken nahe, daß die Sensibilisierung durch Hyperämie nur dadurch zustande kommt, daß die stark durchblutete und aufgelockerte Haut rein physikalisch eine Absorption der Strahlen schon in oberflächlicheren Schichten und dadurch eine stärkere Wirkung bedingt.

Nun liegt noch die Frage nahe, wie die pigmentverstärkende Wirkung der Kälte zu erklären ist. Frühere Untersuchungen des einen von uns (Stahl) hatten ergeben, daß ein kaltes Bad zu einem Sympathikustonus der Haut führt. Wir untersuchten daher, wie ein auf andere Weise erzeugter Sympathikustonus sich verhält.

Es wurde daher mehreren Personen einige Tage Ephedrin bzw. Ephetonin per os verabreicht ($1^1/_2$—2 Tabletten), danach wieder bestrahlt. Es zeigte sich eine leichte Verstärkung des Erythems und eine ganz erhebliche des Pigments. Dies spricht im Sinne unserer Auffassung, daß die Kälte über den Sympathikusreiz zur Pigmentverstärkung führt.

In ähnlicher Weise nun, wie das Suprarenin als Injektion und das Ephetonin per os, wirkt bei der „Vagusneurose" Asthma bronchiale der Kalk. Wir gaben darum einigen Leuten Kalzan per os, täglich 8 g. Die danach vorgenommene Bestrahlung zeigte jedoch nicht eine Verstärkung, sondern eine deutliche Abschwächung von Erythem und Pigment. Man muß dies wohl mit der bekannten entzündungshemmenden Wirkung des Kalziums in Verbindung bringen. Eine Erklärung für das entgegengesetzte Verhalten von Ephetonin und Kalzan ist zur Zeit noch nicht zu geben.

Digitized by Google

Weiterhin fanden wir noch, daß Entfetten mit Äther eine Verstärkung, Einfetten dagegen eine Abschwächung von Erythem und Pigment bewirkte.

In gewissem Sinne lassen sich unsere bisherigen Ergebnisse schon zur Deutung einiger klimatischer Einflüsse verwerten:

Die zur Hauthyperämie führende Hitze eines Sommertages wird Erythem- und Pigmentverstärkung bewirken. Ein kaltes Bad, das z. B. durch Frottieren mit einer kräftigen Hautreaktion verbunden ist, verstärkt das Erythem, mehr noch das Pigment. — Ein kurzes kaltes Bad, das zur Hautanämie führt, schwächt das Erythem ab, verstärkt jedoch das Pigment. In ähnlicher Weise wirkt ein kühler Wind.

Was den Einfluß von Zustandsänderungen des Körpers betrifft, so haben wir dieses an Fragen reiche Gebiet soeben erst angeschnitten (Suprarenin, Kalzan). Wir erhoffen nach den bisherigen Ergebnissen von der Fortsetzung der Versuche noch manche wichtige Aufschlüsse.

Aus der Gynäkologischen Klinik des Klinischen Instituts für Ärztefortbildung zu Kiew (Vorstand: Prof. Dr. W. L. Losinski)

Ausgebreitete Pigmentation der Haut im Zusammenhang mit Amenorrhoe[1])

Von

Dr. A. F. Slatmann in Kiew

Die Haut ist nicht eine passive Körperdecke, sondern ein wichtiges Organ, das an den Prozessen des vegetativen und des tierischen Lebens aktiv beteiligt ist, und als solches zu den übrigen Organen des menschlichen Körpers in bestimmten Wechselbeziehungen steht. In diesem Komplex von Wechselbeziehungen kommt dem weiblichen Geschlechtsapparat bei weitem nicht die letzte Stelle zu. Es genügt schon, wenn wir an die Hautveränderungen denken, die bei der Frau in verschiedenen Phasen des Geschlechtslebens, vom Beginn der Pubertät bis zum Abflauen der Eierstocksfunktion und seiner Ausschaltung aus dem endokrinen System auftreten, wie auch an die Veränderungen der Haut bei verschiedenen Störungen der Sexualsphäre des Weibes, um zu begreifen, daß nicht bloß der zyklische Wechsel der Prozesse in derselben, sondern auch die funktionellen Störungen und pathologische Zustände mehr oder weniger auf die Haut wirken, indem sie hier eine große Menge physiologischer Erscheinungen und pathologischer Veränderungen hervorrufen. Um nun aber das gegebene Hautbild mit der Geschlechtssphäre in Verbindung bringen zu können, ist es nötig, die funktionellen Fähigkeiten der Ovarien genau zu ermitteln. Veränderungen der Haut können auch bei normal funktionierendem Ovar vorkommen und durch Störungen anderer endokriner Drüsen, des vegetativen Nervensystems oder des Verdauungsapparates bedingt sein. Die Lösung dieser Frage wird bedeutend leichter, wenn dabei zugleich hypoplastische Formen der Genitalien, dauernde Störungen der Menstruation (Oligo-, Amenorrhoe, Klimax praecox) oder schwach entwickelte sekundäre Geschlechtsmerkmale festgestellt werden. Dieser Zusammenhang wird handgreiflich, wenn nun die Hautveränderungen periodisch — entsprechend der Ovarialfunktion — mit den Störungen der letzteren zusammenfallen oder ihnen auf dem Fuße folgen, vollkommen verschwinden oder bedeutende Besserung zeigen, sobald die normale Funktion des Ovars wiederhergestellt wird.

Der uns zur Beobachtung gekommene Fall betrifft ein 19jähr. Mädchen, B. P., J.-Nr. 693/22, aus der Provinz; Pat. kam am 27. I. 1925 in die Klinik mit Klagen über

---

[1]) Demonstriert im Dermatologischen Verein zu Kiew am 13. März 1925.

Digitized by Google

Störungen der Menstruation und einem Ausschlag, die beide vor einem Jahr aufgetreten waren; der Ausschlag trat zuerst auf den oberen und unteren Extremitäten auf, um sich dann auf den ganzen Körper weiter zu verbreiten.

Erblich nicht belastet. 1919 Fleckfieber. Menses seit dem 17. Jahre, gleich von Beginn nach dem Typus $\frac{3-4}{4}$, reichlich, schmerzlos. Ein Jahr später kamen sie ohne jegliche sichtbare Ursache nach $1^1/_2$—2—3 Monaten, wobei mit dem Anwachsen der intermenstruellen Zwischenpausen die Dauer der Menses und der Blutverlust immer geringer wurden. Die letzten Menses September 1924, bloß einige Tropfen Blut. Molimina menstrualia fehlen. Gefühle, Erlebungen und Geschlechtsneigung vollkommen feminin.

Mit den Störungen der Menstrualfunktion traten zugleich am Unter- und am Oberschenkel rote, etwa erbsengroße Flecken auf, wobei aber weder Juckreiz noch Brennen und auch keine anderen subjektiven Empfindungen bestanden. Anfangs war der Ausschlag unbedeutend, und nur allmählich, als die Regeln seltener und spärlicher wurden, wurde der Ausschlag entsprechend stärker und verbreitete sich weiter. An der Haut bildeten sich Schuppen, wonach an den Stellen des gewesenen Ausschlags dunkle pigmentierte Flecken zurückblieben. Während der Menses wurde der Ausschlag bedeutend blasser. Während der letzten 5 Monate der Amenorrhoe bemerkte Patientin eine bedeutend stärkere Verbreitung des Prozesses und seine größere Intensität. Im Frühjahr 1924 trat während einer 3 Monate andauernden Amenorrhoe ein bedeutender Bluterguß in die Konjunktiva beider Augen ein, der nach 2 Wochen allmählich zurückging und dann vollkommen verschwand. Im Sommer desselben Jahres wiederholte sich diese Erscheinung, jedoch nicht in so starker Form. 1920, während der Unruhen, wurde Patientin vergewaltigt. Seither kein Geschlechtsverkehr.

Patientin wurde innerlich mit Arsen, lokal mit Lassarscher Pasta behandelt, in letzter Zeit Autohämo- und Terpenotherapie, jedoch ohne Erfolg.

Objektiver Befund: Wuchs 155 cm, normaler Körperbau, guter Ernährungszustand ($59^1/_2$ kg). Gesamter Habitus o. B. In den Knochen und Gelenken röntgenographisch keine Veränderungen. Nase, Hände, Füße zum Teil auch die Unterschenkel etwas zyanotisch, fühlen sich kalt an. Schilddrüse N. Pupillen gleichmäßig, mittelgroß, etwas unregelmäßiger Form, lebhafte Reaktion.

An den oberen und unteren Extremitäten, besonders an der Streckseite, ein beinahe ununterbrochener, fleckenartiger Ausschlag, von kaffeebrauner Farbe, der sich nicht über die Hautoberfläche erhebt und beim Aufdrücken nicht verschwindet. An verschiedenen Stellen werden jedoch freie Zwischenräume von verschiedener Größe beobachtet. An den Glutäen, an der Streckfläche der Knie und zum Teil am Unter- und am Oberschenkel stellt der Ausschlag einen dichten, ununterbrochenen Fleck vor von intensiver kaffeebrauner Farbe mit etwas zyanotischer Färbung. Ebensolche, etwa fünfsilberkopekengroße Flecken, doch etwas seltener, auf dem Rücken, gehen auf die Brust über und bedecken die Brustdrüsen. Weniger ergriffen sind die Bauchdecken, wo nur einzelne, recht seltene fleckenartige Eruptionen vorkommen, und die Halshaut, an deren oberem Teil sie einen etwa 1—$1^1/_2$ fingerbreiten halbkreisförmigen Saum bilden. Absolut unberührt ist das Gesicht, die Haut am Sternum, der obere Teil des Epigastriums, die Haut unter den Brustdrüsen, Handteller und Sohlenfläche. Nägel N. An den gesunden Stellen ist die Haut normal, blaßrosa. An den betroffenen Stellen ist sie trocken (schwitzt nie), verdünnt, läßt sich leicht in Falten abheben, schlägt Runzeln, besonders an den Brustdrüsen. An einzelnen Stellen, besonders am Rücken und an den Schultern, ist die Haut von kleinen, fest anliegenden Schuppen bedeckt. An den Brustdrüsen und an den Fossae subclaviculares einzelne, frische Ausschlagselemente in Form von rosaroten, etwas erhabenen Flecken, etwa erbsen- bis linsengroß, die beim Aufdrücken nicht verschwinden und morphologisch an Elemente des Erythema exsudativum multiforme erinnern. Die Sensibilität an der betroffenen Haut erhalten. Pilomotoren fehlen, Dermographismus schwach ausgesprochen, an den gesunden Stellen nicht scharf. Die übrigen Reflexe, Organe der Brust- und Bauchhöhle N.

Sekundäre Geschlechtsmerkmale gut entwickelt, außer dem Haarwuchs an den Genitalien, der schwach und spärlich ist. Nicht stark ausgesprochene Hypoplasie der Labia majora und minora. Im übrigen ist der Geschlechtsapparat o. B. Unbedeutende, schleimige Ausscheidungen aus der Vagina enthalten eine Flora des III. Reinheitsgrades.

Harn N. Blutdruck nach Riva-Rocci 100 und 30. SR 2 Std. 34 Min. WR negativ. Im Blute Verminderung des Prozentgehaltes des Hämoglobins, verminderte Erythrozyten-

Digitized by Google

zahl, unbedeutende Lymphozytose. Sella turcica, Augenhintergrund N. Pharmakologische Untersuchung des vegetativen Nervensystems ergab recht bedeutende Vagotonie. Auf Pilokarpininjektion zeigte die betroffene Haut keinerlei Reaktion.

Die betroffene Haut wurde pathologisch-histologisch untersucht. Es wurden Probestückchen von zwei Stellen entnommen: 1. von der Brust, wo ein frischer Ausschlag war, und 2. vom Rücken, wo der Prozeß schon alt zu sein schien. Die mikroskopische Untersuchung, die Dr. P. G. Berezchanski in liebenswürdigster Weise ausführte — wofür ich ihm an dieser Stelle meinen besten Dank ausspreche — ergab: die freie Oberfläche des 1. Hautstückchens ist mit mehrschichtigem flachem Epithel bedeckt. Stratum lucidum schwach ausgeprägt, fehlt an vielen Stellen. An einer Stelle des Stratum corneum ein unbedeutender frischer Bluterguß, der dasselbe zerspaltet, wobei sich in den entsprechenden Spalten Erythrozyten vorfinden, die ihre Form vollkommen erhalten haben und typisch gefärbt sind. Stratum papillare stellenweise relativ schwach ausgeprägt. Blutgefäße erweitert und blutstrotzend. An vielen Stellen unmittelbar unter dem Epithel und auch tiefer kleinzellige, herdförmige Infiltration, die hauptsächlich längs den Gefäßen läuft. Chromatophoren vereinzelt oder in kleinen Gruppen, in geringer Zahl. Schweißdrüsen und Haarzwiebel N. Keine Anzeichen eines atrophischen Prozesses. Das zweite Probestückchen unterscheidet sich mikroskopisch prinzipiell nicht von dem ersten, außer dem Umstande, daß Blutergüsse hier vollkommen fehlen und hier keine solche Hyperämie der Gefäße besteht, wie im 1. Präparat.

In unserem Falle liegt demnach ein Ausfall der Funktion des Ovariums vor. Die beinahe ununterbrochene Pigmentation der Haut entwickelte sich als Folge von zahlreichen, wiederholten subkutanen Blutergüssen, die am Anfangsstadium des Prozesses, bei der Erkrankung des Gefäßsystems infolge des Fehlens des Ovarialhormons und der Störung der Korrelation der endokrinen Drüsen beobachtet wurden. Wie es scheint, traten die Blutergüsse per diapedesin ein, da an den zahlreichen, mikroskopisch untersuchten Schnitten keine einzige Ruptur der Gefäßwandungen festgestellt werden konnte. Das Blutbild weist — entsprechend demjenigen bei kastrierten Tieren (Hunden), bei menschlichen Kastraten und Eunuchen — auf einen Depressionszustand des hämopoetischen Systems infolge des Ausfalls des Ovarialhormons.

Wir verordneten unserer Patientin Ovarin, und zwar ein Präparat des hiesigen Bakteriologischen Instituts. Wir hatten dabei zweierlei im Auge: 1. von außen das fehlende Hormon zuzuführen, 2. eine stimulierende Wirkung auf das schlummernde Ovar auszuüben und es wieder zu einer aktiven Funktion zu veranlassen. Aus diesem Grunde fügten wir nach Fromme, Bab und Hofstätter subkutane Pituglandolinjektionen hinzu.

Schon nach 16 Tagen konnten wir einen gewissen Erfolg vermerken: reichliche, lamellöse Abschuppung, Blasserwerden der Pigmentation, im weiteren wurde das dermatologische Bild unter dem Einfluß der eingeschlagenen Opotherapie recht rasch und recht merklich besser: die Pigmentation wurde blasser und seltener, die freien weißen Zwischenräume größer, was besonders an den Glutäen und Knien auffiel, wo früher ein dichter, ununterbrochener Fleck zu sehen war. Den 21. Tag stellten sich nach den gewöhnlichen Vorboten Menses ein, die 4 Tage anhielten und vollkommen normal verliefen. Patientin verließ nach 32 Tagen die Klinik in weit besserem Zustand: neuer Ausschlag wurde nicht beobachtet, Rücken beinahe ganz rein, reichliche Schuppung; Haut wie früher trocken, hebt sich in Falten ab, bildet keine Runzeln; Pigmentation bedeutend blasser und seltener, die freien weißen Stellen, die besonders an den Glutäen und Knien hervortreten, sind bedeutend größer geworden. Während der Behandlung wurde das Blut wiederholt untersucht, wobei genau verfolgt werden konnte, wie bei der Einschaltung des Ovarialhormons in die endokrine Kette und der Besserung des dermatologischen Bildes auch die Tätigkeit des hämatopoetischen Systems anwuchs, und der Blutbestand sich, der Norm nähernd, besserte. Die vaginale Flora blieb die ganze Zeit ohne Veränderung, entgegen der Meinung einiger Autoren, die annehmen, daß ein normal funktionierendes Ovar der beste Hüter der Reinheit des Scheideninhalts ist. Dieses ist desto mehr bemerkenswert, als wir es hier mit einer Person zu tun hatten, bei der, da kein Geschlechtsverkehr bestand, die Hauptmomente fehlten, die eine Verunreinigung der Flora begünstigen können. Soll es bedeuten, daß die Korrelation im endokrinen System noch nicht genügend hergestellt war, oder daß das Ovar noch nicht genügend aktiv wirkte und daß, sogar bei der besten Herstellungsart des Präparates, dennoch ein Unterschied besteht zwischen dem von außen zugeführtem Hormon und dem von einem normal funktionierenden Ovar ausgeschiedenen, diese Frage läßt sich nur schwer entscheiden.

Digitized by Google

Nachdem Patientin die Klinik verlassen hatte, setzte sie die Behandlung noch eine Zeitlang fort und wiederholte sie einigemal, wenn die Menstrualfunktion schwächer werden wollte. Das letzte Jahr jegliche Behandlung aufgegeben, menstruiert die ganze Zeit vollkommen regelmäßig.

Wir hatten Gelegenheit, Patientin im Februar 1927 zu sehen und konnten eine Besserung des dermatologischen Bildes mindestens um 80% feststellen. Die Haut ist wie früher trocken. Es blieben einzelne zerstreute kleine Inselchen von sehr blasser Pigmentation; an den Händen, Füßen und Unterschenkeln unbedeutende Rötung, leicht zyanotisch getönt.

Aus der Dermatologischen Klinik des allgemeinen Krankenhauses St. Georg zu Hamburg
(Leitender Oberarzt: Prof. Dr. H. Ritter)

Ein neuer Kolben zur Züchtung und Aufbewahrung von Pilzkulturen

Von

Dr. C. L. Karrenberg, Assistent der Klinik

Mit 1 Abbildung im Text

Ein typisches Wachstum der Dermatophyten, wie es zur Artdifferenzierung nach Sabouraud erforderlich ist, hängt von mehreren Faktoren ab, die neben sachgemäßer Überimpfung und konstanter Zusammensetzung des Nährbodens auch das Kulturgefäß betreffen. Die Kolonie muß sich nach allen Seiten ungehindert ausdehnen können, denn Berührungen mit der Glaswand rufen stets Wachstumsatypie hervor, ihr muß eine genügend große Nährbodenmenge zur Verfügung stehen, und es muß eine ausreichende Gelegenheit vorhanden sein, die verbrauchte Luft durch neue ersetzen zu können („Aeration" nach Sabouraud); bekanntlich stört das Fehlen der letztgenannten Möglichkeit das normale Wachstum, so z. B. bei den Farbstoffbildern, die bei völligem Luftabschluß sogar farblos wachsen. Alle diese Bedingungen erfüllt der Erlenmeyer-Kolben bzw. seine Modifikation speziell für die Pilzzüchtung, die Sabouraud angegeben hat. Die übrigen in der Bakteriologie gebräuchlichen Kolben- und Plattenmodelle oder Kombinationen von beiden (Wilfarth, Lipèz, Schill, Petruschky, Kamen, Kolle u. a.) haben in der Pilzzüchtung keinen Eingang gefunden; bei den einen ist die Abfüllung des Nährsubstrates zu umständlich, bei anderen die Nährbodenmenge zu klein bzw. zu wenig tief, da die Hautpilze auch Tiefenwachstum aufweisen, die dritten sind zu flach, so daß Kulturen mit ausgesprochenem Höhenwachstum nicht recht sich entwickeln können, bei einigen reicht die zur Verfügung stehende Luftmenge nicht aus und endlich ist fast allen gemeinsam, daß nur sehr schwer, bei einigen Modellen fast gar nicht, die Kulturen bei beginnender Verunreinigung durch Schimmelpilze isoliert werden können; in solchen Fällen ist ein Abimpfen von oben her oft schwierig, so z. B. beim Erlenmeyer-Kolben, wo die Entfernung der Kulturoberfläche von dem Glashals ziemlich weit ist; beim Schräghalten des Kolbens bzw. bei Erschütterungen besteht die Gefahr einer Aussaat von Schimmelsporen, die auf dem neuen Nährboden das überimpfte Stück gleich überwuchern. Jeder, der längere Zeit Pilze gezüchtet hat, wird wohl derartige Erfahrungen haben sammeln können.

Digitized by Google

Wir haben letzthin ein neues Röhrchen zur Züchtung, Wachstumskontrolle und Betrachtung der Kultur unter dem Mikroskop beschrieben, mit dem wir und andere Mykologen bislang gute Erfahrungen gemacht haben. Ein ähnliches Prinzip haben wir auch bei der Konstruktion eines neuen Kolbens angewandt, der zugleich gestatten sollte, die fertig ausgewachsene Kultur in einem von allen Seiten her gleich gut zugänglichen Gefäß als Sammlungskultur aufzubewahren, dabei aber auch die Oberfläche der Kolonie ohne dazwischenliegende Glaswand makroskopisch und mikroskopisch zu betrachten. Die Konstruktion unseres Kolbens geht ohne weiteres aus den beigegebenen Abbildungen hervor. Die außenliegenden 3 Federn pressen den nach Art eines ERLENMEYER-Kolbens gehaltenen, haubenförmigen Oberteil und die untere Schale, die zur Aufnahme des Nährmediums dient, fest zusammen; die Ränder beider Teile sind Normalschliffe, die genau aufeinanderpassen; so ist ein luftdichter Abschluß erzielt, der durch Bestreichen beider Ränder mit Vaseline noch verstärkt werden kann. Ist die Kultur ausgewachsen, so werden Federn und oberer Teil entfernt und die untere Schale mit einem genau passenden Deckel bedeckt, nachdem die Ränder beider Teile wiederum mit Vaseline bestrichen sind. Damit ist die Sammlungskultur fertig; sie kann jederzeit aus relativ kleiner Entfernung makroskopisch oder nach Abhebung des Deckels auch mikroskopisch bei auffallendem Lichte betrachtet werden; außerdem nimmt die ganze Vorrichtung z. B. mit ERLENMEYER-Kolben wenig Platz weg, ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Soll aus irgend einem Grunde während des Wachstums die Kultur in größere Nähe gebracht werden (Mikroskopie, Abimpfung bei Schimmelsuperinfektion), so wird die Haube einfach vorsichtig abgenommen und entsprechend verfahren; die Gefahr einer sekundären Verunreinigung bei einer einigermaßen großen Kultur, z. B. bei der Mikroskopie, ist eigentümlicherweise gering.

Abb. 1

Die Füllung des Kolbens wird nach unseren Erfahrungen am besten so vorgenommen, daß der leere, zusammengesetzte und mit einem Wattebausch verschlossene Kolben trocken sterilisiert wird; sodann kippt man die obere Haube vorsichtig nach einer Seite und gießt durch die kleine Öffnung den flüssigen Agar in die untere Schale, worauf das Ganze wieder verschlossen wird durch Anlegen der Federn; zu dieser ganzen

Digitized by Google

Manipulation braucht nur eine Feder entfernt zu werden. Sterilisieren des Kolbens mit bereits eingefülltem Agar im Autoklaven hat sich uns nicht bewährt; der Agar kocht über und benetzt innen den oberen Rand der unteren Schale; baldige Schimmelinfektion ist meist die Folge. Übrigens ist jeder Teil des Kolbens bei der herstellenden Firma (Albert Dargatz, Hamburg, Pferdemarkt) einzeln käuflich, so daß die Anlegung einer derartigen Demonstrationssammlung in puncto Kulturgefäße nicht allzu teuer kommt; oben wurde bereits erwähnt, daß sämtliche Schliffe Normalschliffe sind, die genau aufeinanderpassen.

Der Kolben hat sich uns sehr bewährt; so konnte unsere Klinik auf der diesjährigen Tagung der American medical Association in Washington eine Sammlung von 100 Kulturen in solchen Schalen zeigen, die wegen der Gleichmäßigkeit der wenig Platz erfordernden Kulturgefäße und der bequemen Betrachtungsweise der Kulturen großes Interesse hervorrief.

Literatur

Neisser und Beckey, Im Handb. d. mikrobiol. Technik, B. 1, S. 801—803. — Karrenberg, Derm. Zschr., 1927, Bd. 49, S. 248.

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der kgl. ung. Stefan-Tisza-Universität in Debreczen (Vorstand: Prof. Dr. Eduard Neuber)

Über die Behandlung der Psoriasis vulgaris und des Lichen ruber planus mit innersekretorischen Präparaten

Von

Dr. Gedeon Dóczy, Assistent

Die Pathogenese der Psoriasis vulgaris steckt auch heute noch in theoretischen Überlegungen. In neuester Zeit wird der Disposition und hereditärer Anlage immer größere Bedeutung zuerkannt. Pathogenetisch unterscheidet man im allgemeinen 5 Gruppen: 1. Stoffwechselstörungen. 2. endokrine Erkrankungen, 3. neurogener Ursprung, 4. Infektion, 5. traumatische Einwirkungen (mechanische, chemische, thermische Reize usw.). Gehen die Meinungen über die Pathogenese der Krankheit so auseinander. um so mehr auch die therapeutischen Maßnahmen, deren Zahl Legion ist. In manchen Fällen sind sie von Erfolg, in anderen stehen sie machtlos der Erkrankung gegenüber, die vollkommene Unsicherheit betreffs der Rezidive schon gar nicht erwähnt. In der Literatur sind manche organotherapeutischen Fälle erwähnt, bei denen die klinischen Symptome auf eine innersekretorische Störung hinwiesen, jedoch nur spärlich. Meistens zeigten Thyreoidea, Thymus, Ovarium und Hypophyse eine Störung.

Ich behandelte 120, die mannigfaltigsten Formen der Psoriasis zeigende Kranke, 62 Männer, 4 Knaben, 3 Mädchen und 51 Frauen. Zu diesen reihen sich vier Fälle von Lichen ruber planus, alle weiblichen Kranken zwischen 28 und 46 Jahren. Wählte möglichst unbehandelte oder der Chemo- und Radiotherapie trotzende Fälle aus.

Die Behandlung geschah immer auf Grund der mit 10%igem Organextrakt angestellten Lüttge-Mertzschen Ninhydrinreaktion. Aus dem

Digitized by Google

den größten Ausfall zeigenden Organ gab ich das meiste (zeigte die Reaktion den Ausfall von nur einem Organ, dann gab ich natürlich nur dieses). Zur Verwendung kamen die von der Fabrik Richter (Budapest) hergestellten Extr. thyreoideae, hypophysis cerebri, thymi, testis, corporis lutei, parathyreoideae und das Glanduovin, in manchen Fällen die kombinierten Präparate Hormogland und Ovosan (Chinoin). Dosierung $^1/_2$ bis 1 Ampulle täglich oder zweitägig, eine Ausnahme bildete nur die Thyreoidea, welche ich wegen der Unmöglichkeit einer genauen Kontrollierung der meistens ambulanten Kranken wöchentlich nur ein- oder zweimal gab. Das Glanduovin und Ovosan wurden zweitägig subkutan, die anderen intramuskulär gespritzt. Die Behandlung wurde nur dann unterbrochen, wenn die Kranken über schlechtes Allgemeinbefinden, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, zunehmende Schwäche klagten, oder wenn die klinischen Symptome auch nach 70—80 Injektionen nicht schwinden wollten.

Nebst genauer Verfolgung der klinischen Erscheinungen stellte ich bei Thyreoideabehandlung wöchentlich, sonst zweiwöchentlich die Ninhydrinreaktion an und auf Grund deren setzte ich die Therapie fort. Wieviel Injektionen nötig sind, das kann nicht vorausgesagt werden. Es waren einige ganz junge Fälle (8—10tägige), bei denen schon 8 Injektionen Symptomfreiheit bewirkten, bei anderen dagegen mußten 40—50, ja 80 bis 90 Injektionen verbraucht werden.

Bei der Mehrzahl habe ich Hypophyse, Ovarium und Thymus angewandt, seltener Thyreoidea, Testis und Corpus luteum. Die während der Behandlung auftretenden und klinisch verfolgbaren Erscheinungen sind: eine Abnahme der Infiltration der Papeln ungefähr nach 8—10 Injektionen, Verminderung der Schuppenbildung nach 12—15 Injektionen, später eine viel raschere Heilung der Zentren als der Randpartien. Während der Behandlung frisch aufschießende Papeln haben einen Guttatacharakter, sind mit Kutikula bedeckt und kaum infiltriert, bei Lichen auch etwas blasser als sonst. Die Lichenpapeln zeigen viel langsamer eine geringgradige Verblassung, welcher dann die Abnahme der Infiltration folgt.

Bei frischen, während der Behandlung auftretenden psoriatischen Papeln ist die Veränderung des dermatoskopischen Bildes interessant, indem die tiefe papilläre Hyperämie entweder nicht oder nur verschwommen sichtbar ist und die Farbe zahlreiche Nuancen zwischen dunkel und hell zeigt. Klinisch erwecken diese Erscheinungen den Eindruck eines oberflächlicheren Prozesses.

Die bei 20 Psoriatikern angestellte medikamentöse und mechanische Untersuchung des autonomen Nervensystems (Adrenalin, Atropin, Pilokarpin, Aschner, Tschermák, Erben) hat in 17 Fällen eine Sympathikobzw. Vagotonie nachgewiesen. Die in der symptomfreien Zeit wiederholte Untersuchung zeigte bei 12 ein fast normales, bei 5 stark gebessertes Verhalten.

Unter 120 Kranken wurden 46 symptomfrei, 40 wesentlich gebessert, 34 blieben außer Abnahme der Infiltrafion und Schuppenbildung unverändert. Von den gebesserten und ungebesserten Fällen wurden infolge der früher wirkungslos gebliebenen und nun wieder versuchten Chemo- und Radiotherapie weitere 27 Fälle symptomfrei. Von den klinisch geheilten rezidivierten nach 3—7 Monaten 15; 10 wurden auf nochmaliger

Digitized by Google

Organtherapie wieder symptomfrei, bei den übrigen mußte auch chemo- und radiotherapeutisch eingegriffen werden. 31 Fälle blieben 8 Monate bis anderthalb Jahre rezidivfrei. Von den Lichenfällen heilten drei, einer blieb unverändert. Die Geheilten blieben 6—12 Monate rezidivfrei.

Zusammenfassung

Die auf Grund der mit 10%igem Organextrakt angestellten Ninhydrinreaktion eingeleitete hormonale Behandlung frischer oder anderen Methoden trotzender Psoriasis und Lichen ruber planus-Fälle war von merkwürdigen Erfolgen begleitet worden.

Die vorher unwirksam gebliebene, nach einer mehr oder minder erfolgreichen hormonalen Therapie wiederholte Chemo- und Radiotherapie bewirkten in ungefähr 40% der Fälle Symptomfreiheit.

Die kleine Zahl von Lichen ruber planus-Fällen erlaubt keine weiteren Schlußfolgerungen.

Die Untersuchung des autonomen Nervensystems in einem Sechstel der Fälle unterstützt die Annahme einer Umstimmung in dem endokrin-sympathischen Verhältnis.

Aus dem Venerologischen Dispansair zu Pawlowo Possad (U. d. S. S. R.)

Zur Klinik und Histologie des Granuloma annulare

Von

A. B. Selisky

Mit 1 Abbildung im Text

Das Granuloma annulare wurde zuerst von Colcott Fox 1895 beschrieben. Der Name stammt von R. Crocker (1902).

Die Ätiologie ist unbekannt. Nach Arndt handelt es sich um eine chronisch-infektiöse Geschwulst. Callomon hat das gleichzeitige Auftreten bei Mutter und Tochter beobachtet. Kontagiosität ist bisher unbekannt. Neulich soll von O. Dittrich der Tuberkelbazillennachweis im Gewebsschnitt geführt worden sein.

Es sind Kombinationen mit Diabetes (Dalla Favera, Clausner, Kenedy), mit rheumatischen Gelenkerkrankungen (Spiethoff) beschrieben worden. Besonders ist die Kombination mit papulonekrotischen Tuberkuliden beachtenswert (Pinkus, Sutton, Grütz, Pick). Auf die histologische Ähnlichkeit beider Affektionen ist von Arndt hingewiesen. Nach Grütz besteht zwischen Granuloma annulare und Tuberkuliden nur ein gradueller Unterschied. Burnier und Reysac fanden bei 86 in der Literatur beschriebenen Fällen in 8 aktive Tuberkulose bei den Eltern, in 12 tuberkulösen Habitus und Pirquet positiv. Auch auf das häufige Auftreten im Kindesalter ist hingewiesen worden (Collcott Fox u. a.).

Die Beobachtung eines Falles, dessen Besonderheiten in klinischer und histologischer Hinsicht von Interesse zu sein scheinen, hat uns zu diesem Aufsatz veranlaßt.

Digitized by Google

Es handelt sich um eine 28jährige Frau, die als Kind an Skrofulose gelitten und vor 13 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht hat. Vor 8 Jahren Lues, ausreichende Anzahl von antiluetischen Kuren durchgemacht. Das jetzige Leiden begann vor 10 Jahren mit ring- und halbkreisförmigen Eruptionen an Hand- und Fingerrücken. Auch die Handteller wurden zur selben Zeit mitbetroffen. Zeitweise partielles Verschwinden der Effloreszenzen. Zeitweise neue Schübe, die mit Rötung, Jucken und an den Handtellereruptionen auch mit Schuppung einhergingen.

Befund. Von leidlichem Ernährungszustand. WR negativ. Pirquet und Mantoux positiv. Innere Organe und Blut o. B.

Die Hand- und Fingerrücken sind mit Knötchen, die in unregelmäßigen Kreisen und Halbkreisen gruppiert, bedeckt, auch isolierte Knötchen sind anzutreffen. Die konfluierenden Papeln bilden keloidartige, wallartige, teils ununterbrochene, stellenweise transparente Ringe. Einzelne Knötchen sind von Stecknadelkopf- bis Linsengröße, von unregelmäßig runder Form, ziemlich harter Konsistenz, weißlicher bis rötlicher Verfärbung, teilweise eingedellt und mit Krusten bedeckt. Während in einem Kreisabschnitt frische Knötchen entstehen (eventuell rezidivieren), tritt im anderen Involution ein. Frische Papeln weisen stellenweise im Zentrum Bläschen auf. Eine solche Papel wurde exzidiert, in Spiritus fixiert, in Paraffin eingebettet und histologisch untersucht.

Einzelne Ringe gehen vom Fingerrücken auf die volare Oberfläche über und simulieren hier kallöse Leisten. Leisten derselben Art von $^1/_3$ bis $^1/_4$ cm Breite und verschiedener Länge ziehen schräg-quer über die Handteller hin.

An der Basis der Grundphalange des 5. Fingers der linken Hand ist eine feine lineäre Narbe von unregelmäßig-kreisförmiger Form, 15 mm im Durchmesser, zu sehen. Der Anamnese nach ist sie nach der Involution der ersten Eruption vor 10 Jahren entstanden. An einigen Fingern sind tiefere Narben vorhanden, die nach skrofulösen Geschwüren im Kindesalter entstanden sein sollten. Nach den vorgenommenen Exzisionen kam es bald zur partiellen Involution der Effloreszenzen. Die kallösen Leisten auf den Handtellern flachten rasch ab.

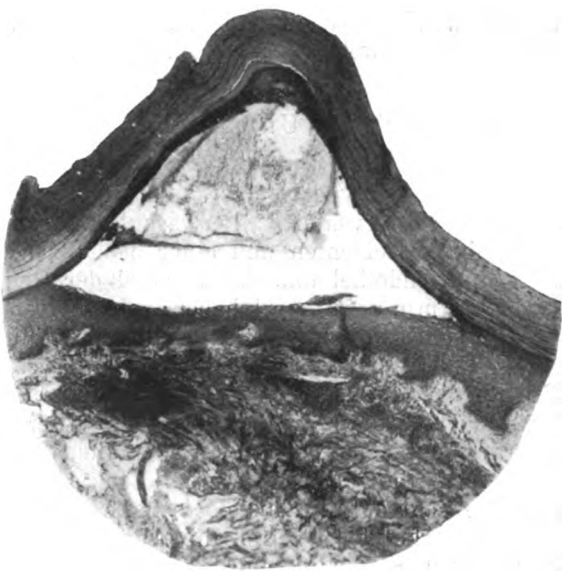


Abb. 1

Histologischer Befund

Epidermis: Hyper- und Parakeratosis. Zwischen der Hornschicht und Stachelschicht sind stellenweise ungefärbte Räume, von einem maschigen Fasernetz (zerfaserte Hornschicht) ausgefüllt, zu sehen. Die Epidermiseinsenkungen sind von Hornmassen gefüllt. Im Zentrum der Papeln (Abb. 1) befindet sich ein Bläschen von Stachelschichtreihen von allen Seiten begrenzt und von einer körnigen Fibrinfasermasse gefüllt. Akanthosis. Perinukleäre Vakuolisation. Die Epidermisfortsätze sind stellenweise ausgezogen, stellenweise verbreitert. Der Pigmentgehalt ist mäßig. Die Epidermis ist von Leukozyten in wechselnder Menge durchsetzt.

Digitized by Google

Kutis: Die Papillarschicht ist ödematös. Die Papillen sind verbreitet. In der mittleren Kutis ist ein mächtiges Infiltrat, das aus lymphoiden Elementen, Fibroblasten und Lymphozyten besteht und einen scharf konturierten Wall um die zentral liegende nekrotische Zone bildet, zu sehen. Die Granulationszellen füllen die erweiterten Gewebsspalten aus und liegen in der Nähe der nekrotischen Zone dicht aneinander (epithelartig). Eine bedeutende Anzahl von neugebildeten Gefäßen. Das Intimaendothel und Perithel der Gefäße sind gewuchert. In der Nähe der nekrotischen Zone lumenlose Gefäße zu sehen. Die nekrotische Zone besteht aus homogenisierten, teils fragmentierten kollagenen Fasern, Resten der elastischen Fasern, körnigen Detritusmassen und einer sehr spärlichen Anzahl von Kerntrümmern. Kontrastreiche Färbung der verschiedenen Stellen der nekrotischen Zone verleihen ihr ein buntscheckiges Aussehen. Keine Gefäße. Bei ZIEHL-NEELSEN-Färbung keine säurefesten Bazillen im Gewebsschnitt nachzuweisen.

Histologische Untersuchung der kallösen Leisten der Handteller

Mächtige Hyperkeratose. Akanthosis. Die Gefäße und Lymphspalten sind erweitert. Perivaskuläre Infiltration aus Lymphozyten, lymphoiden Elementen und einer bedeutenden Anzahl von Fibroblasten. Das Intimaendothel und das Perithel der Gefäße sind gewuchert.

Zusammenfassend haben wir klinisch wie histologisch das Bild von Granuloma annulare der Autoren vor uns.

Das Vorhandensein von Bläschen und Krusten im Zentrum der Papeln, die Lokalisation auf den Handtellern, die lineäre Anordnung der Eruptionen sind ganz atypisch und soweit wir der uns zugänglichen Literatur entnehmen konnten, noch nicht beschrieben.

Die Anhänger der tuberkulösen Ätiologie legen bekanntlich das Hauptgewicht auf die histologische Ähnlichkeit mit den papulonekrotischen Tuberkuliden. Durch die Anwesenheit von Bläschen und Krusten in unserem Fall wird auch das klinische Bild dem der Tuberkulide ähnlich. Doch sind die Bläschen von solchen bei Tuberkuliden zu unterscheiden. Sie sind intraepidermidal lokalisiert und sind als Resultat der außerordentlichen Transsudation zu betrachten. Die Epidermisreaktion tritt sekundär auf. Auf die mittelbaren Veränderungen der Epidermis bei Granuloma annulare ist von den Autoren hingewiesen worden (GANS, SUTTON, FRIEBOES u. a.).

Als primäre Ursache der Veränderungen sind die Gefäßalterationen zu betrachten (ARNDT, DALLA-FAVERA, GRÜTZ, HORNEMANN, GANS). Zwischen den nekrobiotischen Prozessen in der zentralen Zone und Ernährungsstörungen, die als Folge der Gefäßveränderungen anzusehen sind, besteht ein gewisser Zusammenhang. Die nekrotische Zone steht bekanntlich im Zentrum des histologischen Befundes und wird von einer mitunter sehr schwach entwickelten Infiltrationszone umgeben (KYRLE). Augenscheinlich tritt die Infiltration sekundär auf. Den Granulationszellen soll danach keine dominierende Rolle im Abwehrkampf bei Granuloma annulare zukommen. Die Endothelzellenwucherung der Gefäß-

Digitized by Google

wände soll nicht nur das Durchtreten des Virus in die Umgebung verhindern, sondern zu einer gesteigerten Antikörperproduzierung führen.

Weiter ist das kallöse Aussehen und die lineäre Form der Handtellereruptionen beachtenswert. Das ist auf die lokale Hautbeschaffenheit zurückzuführen. Der klinische Verlauf der Handtellereruptionen samt den histologischen Veränderungen und Involution nach der vorgenommenen Biopsie weisen auf ihre gemeinsame Natur mit den Handrückeneffloreszenzen hin.

Was die Entstehungsweise der Ringe in unserem Fall anbetrifft, so kommen sie durch das Konfluieren der Papeln zustande. Diese Art von Ringbildung ist ungewöhnlich, wird wenig beschrieben (Soboleff); sonst entstehen die Ringe durch das zentrifugale Wachstum der Papeln und Involution ihrer Zentren (Sutton, Gans, Frieboes u. a.).

Die Verbreitung des Prozesses geschieht auf hämatogenem und lymphogenem Wege. Dafür spricht das symmetrische Auftreten der Eruptionen und die Lokalisation der frischen Effloreszenzen in der Nähe von alten.

Das häufige Auftreten im Kindesalter sowie der Fall von Callomon sprechen für eine angeborene Disposition bei dieser Erkrankung.

Tuberkulose in der Anamnese, die positive Tuberkulinreaktion und das histologische Bild spricht für den Zusammenhang zwischen Granuloma annulare und Tuberkulose.

Literatur

Arndt, Arch. f. Derm., Bd. 108; Verh. d. Berl. Dem. Ges., Sitzungsber. 25. VII. 1922; 3. I. 1923; 11. V. 1926. — Burnier et Reysac, Bull. de la soc. franç. de dermat., 1922, Nr. 15. — Callomon, Derm. W., Bd. 82, Nr. 10. — Clausner, Arch. f. Derm., Bd. 120. — O. Dittrich, Derm. W., Bd. 83. — Frieboes, Grundriß der Histopathologie der Hautkrkh., 1924, 2. Aufl., J. Springer. — Gans, Die Histologie der Hautkrkh., 1925, J. Springer. — Grütz und Hornemann, Arch. f. Derm., Bd. 136. — Grütz, Arch. f. Derm., Bd. 147. — Kenedy, Arch. f. Derm., Bd. 140. — Kyrle, Histobiologie der menschlichen Haut usw., 1927, Bd. 2, J. Springer. — Soboleff, Westnik Dermatologii (Russisch), 1927, H. 6. — E. Pick, Derm. W., Bd. 79. — Pinkus, Berl. Derm. Ges., Sitzungsber. 12. XII. 1922. — Ornstein, Arch. f. Derm., Bd. 146. — Spiethoff, Verh. d. XIII. Kongr. d. Deutsch. Derm. Ges., 1925. — Sutton, Diseases of the Skin. 6 ed.; 1926.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Zeitschrift für Urologie

1927, Bd. 21, H. 9

Lückenlose Zystoskopie. Stumpfwinkeloptik statt Rechtwinkeloptik, von R. Jahr-Freiburg i. Br. S. 641. Um die Blase vollständig abzuleuchten und dadurch die Möglichkeit zu haben, selbst bei geringster Kapazität den Ureterkatheterismus auszuführen, hat der Verf. die optische Achse statt rechtwinklig am Objektiv stumpfwinklig

Digitized by Google

gebrochen, so daß man durch die neue Optik mehr nach der Lampe zu, in einem stumpfen Winkel von 110° blickt, und das Zystoskop erheblich verkürzt wird.

Der Wert der Alpha-Naphthylaminprobe zur Erkennung von Infektionen der Niere, von K. Haslinger, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. S. 647.

Gonorrhoe des unteren weiblichen Urogenitalapparates, von H. W. E. Walther-New Orleans. S. 655. Verf. benutzt die Diathermie zur Heilung der Skenitis, Bartholinitis und Endozervizitis. Er bedient sich einer Nadelelektrode, die er in die Drüsenöffnungen einführt. Nebenbei intravenöse Injektionen von Merkurochrom.

Ein Fall von Diphtherie der Harnröhre, von Saynisch und Goergen-Trier. S. 654. Der Ausfluß aus der Harnröhre zeigt Diphtheriebazillen und endoskopisch waren in der Urethra kleinlinsengroße, weiße Beläge zu sehen. Therapie: Neosalvarsan 2 × 0,5. Heilung.

Klinische und experimentelle Studien über die Heilung der Nierenbecken- und Harnleiterwunden, von Z. Kaïris und S. Perlmann. Chir. Univ.-Kl. Berlin. S. 659.

Ulcus simplex incrustatum der Harnblase, von M. Sirovicza-Budapest. S. 670. Das Ulcus simpl. incrustatum ist ein selbständiges Krankheitsbild, zunächst ohne Zystitis, ein oder mehrere Geschwüre, welche rasch inkrustieren und denen die Cystitis diffusa erst später folgt. Es ist höchstwahrscheinlich, daß die Krankheit auf Grund bakterieller Embolie zustande kommt. Gewöhnlich tritt die Krankheit plötzlich auf, ohne daß eine urogenitale Erkrankung bestand.

Sitzung der Berliner Urologischen Gesellschaft

24. Mai 1927

Zur pathologischen Anatomie des Echinokokkus der Niere, von Z. Kairis-Berlin.

Penistuberkulose, von E. Christeller. S. 679.

Zur Pathogenese der Zystenniere, von E. Christeller. S. 679.

Über die sexuelle Potenz und die Spezifizität der männlichen Sexualhormone, von B. Schapiro-Berlin. S. 680.

Kurze Mitteilung über die Anwendungsmöglichkeit des neuen Harnleiterzystoskops nach Haebler, von M. Jacoby-Berlin. S. 682.

W. Chrzelitzer-Waldenburg.

The British Journal of Dermatology and Syphilis

1927, Bd. 39, Nr. 8/9

Xanthomatosis Cutis and Hypercholesterolemia (Xanthom der Haut und Hypercholesterinämie), von J. T. Ingram-London. S. 335. 11jähr. Mädchen mit Knoten in der Nähe von Gelenken (beiden Ellenbogengelenken, linkem Knie). Eins der mikroskopisch untersuchten Knötchen enthielt eine Schweißdrüse. Cholesterin wird teilweise durch den Schweiß sezerniert. Hypercholesterinämie. Keine Abnormität in der Leber-, Pankreas- oder Nierenfunktion. Der Überfluß an Cholesterin im Blute wurde durch Insulin nicht beeinflußt. Die lokale Behandlung mit Radium (40 mg in Zwischenpausen von 3 Wochen) war ohne Erfolg. Kohlensäureschnee, Finsenlicht und nachfolgende Exstirpation schien von nachhaltender Wirkung zu sein. Bei der Entstehung der Xanthome scheint Trauma eine Rolle zu spielen, die Hypercholesterinämie auf primärer Stoffwechselstörung (des Fettumsatzes) zu beruhen.

Notes on a Case of Keratoses and Fixed Pigmentary Deposit Following Quartz Light Therapy (Auf Quarzlampenbehandlung folgende Keratose und Pigmentablagerung), von K. G. Colquhoun. S. 346. Der 27jähr. Mann wurde 1½ Jahre lang zweimal wöchentlich wegen chronischen Luftröhrenkatarrhs mit der Quarzlampe von einem Kurpfuscher behandelt, wobei die Sitzungen immer länger ausgedehnt wurden. Die Haut zeigt an Brust und Rücken ausgesprochene Keratosen und dazwischen gelagert dunkelpigmentierte, stellenweise warzig-erhabene Flecken; diese Veränderungen der Haut waren aber erst etwa 1 Jahr nach der letzten Bestrahlung aufgetreten. Auffallend war auch der spontane Rückgang der Keratose und die allmähliche Aufhellung der Pigmentflecken.

Digitized by Google

The Detection of Ringworm Hairs on the Scalp by Their Fluorescence Under Ultra-Violet Light (Die Diagnose der Pilzerkrankung des behaarten Kopfes durch ultravioletts Licht), von A. C. Roxburgh. S. 351. Bestätigung der diagnostischen Methode, daß durch Fluoreszenz pilzerkranktes Haar im Dunkelzimmer unter Quarzlampe leicht makroskopisch zu erkennen ist. M. Stern-München.

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 22, Nr. 8

Sur un cas de syphilides bulleuses, à localisation insolite, chez un nourrisson hérédo-syphilitique (Ein Fall von bullösem Syphilid mit ungewöhnlicher Lokalisation bei einem hereditär-luetischen Säugling), von N. Vatamanu, Derm. Kl. Bukarest. S. 561. Es fanden sich nebeneinander zweierlei Exantheme: Im Gesicht, auf dem behaarten Kopf und der oberen Thoraxhälfte ein blasiges Exanthem, das aus stecknadelkopfgroßen bis erbsengroßen Einzelelementen mit klar-serösem Inhalt bestand. Ein Exanthem von mehr entzündlichem Charakter bedeckte die Genitalgegend, das Gesäß und die Beugeseite der Oberschenkel. WR und MR stark positiv. In dem Blaseninhalt zahlreiche Spirochäten. Entscheidend ist hier der Spirochätennachweis in den Blasen.

Un nouveau traitement de la blennorragie: l'ozonothermie (Eine neue Behandlungsmethode des Trippers: die Ozonothermie), von J. E. Marcel. S. 570. Neu an dem Verfahren ist, daß dabei endo-urethral Hochfrequenzströme verwandt werden, die nicht, wie bisher, eine niedere, sondern eine hohe Spannung haben. Dabei werden in der Harnröhre Temperaturen von 43—48° erreicht. Außer dieser Wärmewirkung wird eine besondere Bedeutung den antiseptischen Eigenschaften des Ozons beigemessen. Das Verfahren hat sich bei allen infektiösen Urethritiden, besonders auch bei der blennorrhoischen, gleichviel in welchem Stadium, bewährt, außerdem bei Entzündungen der Prostata und der Samenblasen. Beim Weibe wurden mit gutem Erfolg die Blennorrhoe der Urethra und der Zervix damit behandelt, während sich für die Adnexitiden die Diathermie mehr bewährt hat.

Encore un cas de réinfection (Noch ein Fall von Reinfektion), von G. Belgodère. S. 584. Junger Mann mit Primäraffekt 1922 an der Glans. Ausgiebige Behandlung mit Salvarsan und Quecksilber in mehreren Kuren. Der zunächst positive Wassermann wurde und blieb dauernd negativ. 1926 diffuse Sekundaria, während die Narbe des neuen Primäraffekts neben dem alten noch sichtbar war. E. Landauer-Berlin.

Mitteilungen aus der Literatur

Tuberkulose

Das papulo-annuläre Tuberkulid, von Duken-Jena, Vortr. auf d. Vereinigung sächs.-thüring. Kinderärzte. (Mschr. f. Kinderhlk., 1927, Bd. 35, H. 5, S. 461.) Bei einem 11 monatigen Säugling mit kavernöser Phthise findet sich an den Extremitäten und an der Haut des Stammes teils vereinzelt, teils in Gruppen stehend ein Exanthem von papulo-annulärem Charakter. Im Durchmesser von 5—8 mm sind die Flecken ringartig von einem leicht erhabenen Wall umgrenzt, der teilweise sich als aus Knötchen zusammengesetzt erweist und sich derb anfühlt. Die Gesamtfarbe ist blaßrot mit einem bläulichen Unterton. Unter dem Glasspatel gelbliche, bernsteinartige Farbe. Durch stärkere Tuberkulingaben gelingt es nicht, die Hauterscheinungen zu beeinflussen. Nach 4 Wochen ist das Exanthem restlos verschwunden. Die Probeexzision ergibt unspezifische Zellinfiltrate, keine säurefesten Stäbchen. Ein ganz ähnliches Exanthem trat im Gebiet einer alten Salbenreaktion nach Moro auf bei einem 8jährigen Jungen mit verkalktem Primärkomplex. Auch hier bestanden keinerlei Empfindungen an der Exanthemstelle. Auch dieser Ausschlag ging nach 3 Wochen restlos zurück. R. Ley-Kreuznach.

Aurophosbehandlung bei Lupus vulgaris, Lupus erythematodes und Tuberkuliden, von Fr. Wirz, Derm. Univ.-Kl. München. (M. m. W., 1927, Nr. 26, S. 1090.) Unter den 32 behandelten Fällen blieben die 4 Lupus-vulgaris-Fälle unbeeinflußt. Von den 19 Lupus-erythematodes-Kranken wurden 14 geheilt, 5 blieben unbeeinflußt

Digitized by Google

Ein papulo-nekrotisches Tuberkulid gelangte zur Abheilung, desgleichen 8 Fälle von Erythema induratum (Bazin). Dosierung: 0,001—0,1 pro dosi etwa zweimal wöchentlich. Gesamtdosis bis 6.0 g. J. Callenberg-Horst-Emscher.

Le sang dans la lymphogranulomatose maligne (Das Blutbild bei der malignen Lymphogranulomatose), von Ch. Aubertin. (Paris méd., 1927, Nr. 27, S. 30—33.) Im Gegensatze zu der lymphozytären oder sublymphozytären Reaktion der Lymphomatosen, die klinisch ein der Hodgkinschen Krankheit gleiches Bild darbieten, besteht bei dieser regelmäßig eine chronische, dauernde, wenn auch in ihrem Grade schwankende neutrophile Leukozytose. Von der Polynukleose der chronischen Infektionskrankheiten unterscheidet sie sich durch eine mäßige, aber ständige Eosinophilie. E. Levin-Berlin.

The Types of Tubercle Bacilli in Human Tuberculosis (Die verschiedenen Typen des Tuberkelbazillus bei der menschlichen Tuberkulose), von L. Rabinowitsch-Kempner. (Am. Rev. of Tubercul., 1927, Bd. 15, Nr. 2.) Das klinische Bild der Tuberkulose, namentlich der Lungenschwindsucht, kann, wie aus verschiedenen (von R. kurz zitierten) Publikationen hervorgeht, sowohl durch Bazillen vom Typus humanus wie auch durch Rindertuberkelbazillen und sogar auch durch die von Vögeln herstammenden Bazillen hervorgerufen werden. Verwertbare Statistiken ergeben bei etwa 26% der tuberkulösen Kinder im Alter bis zu 5 Jahren das Vorhandensein von bovinen Bazillen. Atypische Übergangsformen der verschiedenen Stämme kommen durchaus nicht selten vor, namentlich bei Tuberkulose der Haut (Lupus). Besonderes Interesse beansprucht ein von R. im Verein mit Grunke und Benda in Berlin beobachteter Fall von Komplikationen einer tuberkulösen rekurrierenden Dermatomyositis mit tödlich verlaufender tuberkulöser Pleuritis bei einem 55jährigen Müller. Die Hautaffektion stellte sich dar als Rötung und braune Pigmentierung der Epidermis an größeren Gebieten mit subkutanem Ödem und mit ausgedehnter, verkäsender Infiltration besonders in der Umgebung der Venen und Lymphgefäße. Die bakteriologische Untersuchung wies in den komplizierenden Herden in der Lunge und im Darm Kulturen von abgeschwächten Rindertuberkelbazillen nach, während aus der Haut Tuberkelbazillen vom avianen Typ gewonnen wurden. Die Möglichkeit kann nicht von der Hand gewiesen werden, daß unter gewissen Umständen sich eine Umwandlung des primären Typs der Bazillen im menschlichen Organismus vollzieht. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

„Dermotubin-Loewenstein" als Diagnostikum in der Kindertuberkulose, von K. Nüssel-Waldesheim, Rheinpr. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 18, S. 653.) Empfehlung des Präparates, das bei gleichem Prinzip wie das Ektebin im Gegensatz zu diesem in seiner Anwendungsform bequemer ist (Tropfendosierung). Gleiche Leistungsfähigkeit wie das Ektebin, dagegen Unterlegenheit gegenüber dem Pirquet und der Intrakutanprobe bei länger zurückliegenden Infektionen. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Verwendung des Tuberkulins in Diagnostik und Therapie, von H. Scholz-Königsberg. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 18, S. 640.) Übersichtsreferat für den Praktiker, für den Facharzt nichts Neues. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über die topisch-diagnostische Verwertbarkeit der Ektebinreaktion und ihr Wesen, von H. Glaser-Mullheim i. B. (M. m. W., 1927, Nr. 22, S. 929.) Bei systematischer Prüfung wurde festgestellt, daß bei 42 Fällen von Lungentuberkulose 19mal die Ektebineinreibung auf der stärker erkrankten Seite stärker ausfiel, in 5 Fällen trat „paradoxe Reaktion", also zugunsten der gesund erscheinenden Seite auf, 3 Fälle reagierten gar nicht, 2 wechselnd bei verschiedenen Einreibungen, und in 14 Fällen mit beiderseits gleichem Lungenbefund war die Reaktion beiderseits gleich. Verf. schließt daraus, daß tatsächlich Verschiedenheiten in dem Ausfall der perkutanen Tuberkulinreaktion je nach dem Orte der Einverleibung und einseitige Phänomene, welche auf eine Erkrankung derselben Seite hindeuten, vorkommen. Das Auftreten dieser dem Krankheitsherd entsprechenden, einseitig betonten Ektebinreaktion wird dadurch erklärt, daß vom aktiven Lokalprozeß aus auf reflektorischem Wege, d. h. durch Vermittlung vegetativer Nervenbahnen, die benachbarten Zellelemente der Haut stärker gereizt und zu lebhafterer Antikörperbildung angeregt werden als die ferner liegenden. Für das Phänomen der „paradoxen Reaktion" wird angenommen, daß auf der erkrankten Seite bereits eine Lähmung oder Ermüdung der antikörperbildenden Zellfunktionen eingetreten sei, andererseits denkt Verf. auch daran, daß an den „paradoxen Reaktionen" vielleicht unsere mangelhafte Diagnostik schuld ist. Verf. glaubt, daß bei Ausbau der Methode die einseitig betonte Ektebinreaktion sowohl für die Aktivitätsdiagnose wie für die Therapie von großer Bedeutung werden kann. L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Digitized by Google

Unstimmigkeiten in der praktischen Verwertung der Tuberkulindiagnostik, von Duken-Jena, Vortr. auf d. Vereinigung sächs.-thüring. Kinderärzte. (Mschr. f. Kinderhlk., Bd. 35, H. 5, S. 462.) Vier tuberkulinnegative Säuglinge zeigten im Anschluß an Pneumonien eine deutliche positive Intrakutanreaktion, die später wieder ins Negative umschlug. Die Sektion von drei dieser Kinder ergab trotz eingehendster Untersuchung keine Anhaltspunkte für Tuberkulose. Die perkutanen Reaktionen waren in allen Fällen stets negativ ausgefallen. DR. Leo Kreuzbach.

De l'influence du facteur „peau" sur la cutiréaction à la tuberculine (Über den Einfluß des Faktors Haut auf die Tuberkulin-Kutireaktion), von J. Valtis und A. Portret. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 22, S. 345—347.) In Übereinstimmung mit anderweitigen Beobachtungen über veränderte Empfänglichkeit der Haut für Tuberkulin nach Röntgen- und Quarzlampenbestrahlungen, syphilitischer Roseola, an Stellen von Narben wurde festgestellt, daß durch Quarzlampenbestrahlungen eine merkliche Abschwächung der Kutireaktion gegenüber nicht bestrahlten Hautstellen auftrat; jedoch war dies nicht der Fall, wenn nur eine geringe Zahl von Sitzungen stattgefunden hatte. Es liegt danach die Annahme nahe, daß die bei exanthematischen Krankheiten beobachtete Hautanergie gegen Tuberkulin nicht auf extrahumoralen Faktoren wie Veränderungen der Haut im Niveau der Eruption beruht. E. Levin-Berlin.

Intradermo-réaction avec un filtrat tuberculeux chauffé chez les enfants nouveau-nés (Intradermoreaktion mit einem erhitzten Tuberkulosefiltrat bei Neugeborenen), von M. Popper, H. Slobosiano und C. Raileano. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 15, S. 1235—1237.) Es besteht bei Neugeborenen die Möglichkeit einer transplazentaren Infektion mit einem filtrierbaren tuberkulösen Virus. Die Versuche zum Zwecke des Nachweises einer kutanen Hautallergie wurden mit einem erhitzten Filtrat von verschiedenen tuberkulösen Affektionen unternommen, unter Kontrolle von nicht tuberkulösen Erkrankungen. Bei Einspritzungen von 0,1—0,15 ccm Filtrat reagierten von 45 Kindern 17 vollkommen negativ, 21 leicht und 7 stark positiv. Von den letzteren zeigten 4 eine schwach positive Reaktion mit Tuberkulin 1%. Die Kinder müssen als mit dem filtrierbaren tuberkulösen Virus infiziert gelten, womit über ihr späteres Schicksal nichts gesagt ist (latent bleiben, abortive, voll ausgebildete Krankheit). Die Mütter der Kinder reagierten sämtlich auf Tuberkulin positiv, ohne klinisch krank zu erscheinen. Die Intradermoreaktion mit erhitztem Tuberkulosefiltrat erscheint als beste Reaktion für kongenitale tuberkulöse Infektionen bei Neugeborenen.
E. Levin-Berlin.

L'intradermo-réaction avec un filtrat chauffé chez les cobayes inoculés avec des produits tuberculeux filtrés (Die Intradermoreaktion mit einem erhitzten Filtrat bei mit filtrierten Tuberkuloseprodukten geimpften Meerschweinchen), von M. Popper und C. Raileano. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 96, Nr. 15, S. 1237—1239.) Meerschweinchen wurden mit Filtraten von verschiedenen tuberkulösen Produkten subkutan oder intraperitoneal geimpft und sodann mit denselben, jedoch an drei aufeinanderfolgenden Tagen bei 60° 1 Stunde lang erhitzten Filtraten sowie mit Tuberkulin die Intradermoreaktion angestellt. Durch Kontrollversuche war festgestellt, daß die erhitzten Filtrate keine pathogene Wirkung haben. Dabei erschienen die positiven Reaktionen mit dem Tuberkulosefiltrat viel früher (nach 11—30 Tagen) als die Tuberkulinallergie. Die beiden Reaktionen haben danach eine verschiedene Bedeutung, indem der Periode der für das Filtrat positiven Intradermoreaktion die Vermehrung der filtrierbaren Formen im Organismus entsprechen würde, hingegen das Auftreten der Tuberkulinallergie ihre Umwandlung in säurefeste und Tuberkulose erzeugende Bazillen. Die erstere Reaktion könnte also als Zeichen einer Infektion mit filtrierbarem Tuberkulosevirus betrachtet werden. E. Levin-Berlin.

Tuberkuloseinfektion von Meerschweinchen mit kleinsten Bazillenmengen, von W. Levinthal, Inst. Robert Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 102, H. 2, S. 387.) Unter 6, mit den entsprechenden Kautelen geimpften Meerschweinchen ist in 4 Fällen die Tuberkuloseinfektion mit ganz kleinen Keimmengen mit Sicherheit geglückt, und zwar durch 2—3 und sicher auch (in 1 Fall) durch einen einzigen Bazillus. Zum ersten Male ist also hier der durch direkte Zählung gesicherte Nachweis erbracht worden, daß der einzelne Tuberkelbazillus, wenn er aus jungen Kulturen stammt, volle Infektionstüchtigkeit im Meerschweinchenkörper bei subkutaner Verimpfung besitzt. M. Stern-München.

Über Versuche, bei Meerschweinchen durch Vorbehandlung mit abgetöteten Tuberkelbazillen Tuberkulinempfindlichkeit und Immunität zu erzeugen, von

Digitized by Google

B. Lange, R. Freund und E. Joachimsen, Inst. Robert Koch Berlin. (Zschr. f. Hyg. u. Infkrkh., 1927, Bd. 102, H. 2, S. 426.) Durch parenterale Vorbehandlung von Meerschweinchen auf verschiedenen Wegen (intrakutan, subkutan, intraperitoneal und intravenös) und mit nicht zu kleinen Bazillenmengen ist es Verff. gelungen, eine mehr oder weniger starke lokale Tuberkulinempfindlichkeit zu erzeugen, dagegen nicht durch Inhalation und Verfütterung größerer Bazillenmengen. Die so vorbehandelten Tiere zeigten vielfach eine Resistenzerhöhung, die sich in häufigem Ausbleiben des Primäraffekts der Haut nach der Infektion und einer Verzögerung der hämatogenen Ausbreitung der Tuberkulose äußerte. Die erzielte Resistenzsteigerung war nur gering und niemals über die Leistungen einer angeborenen höheren Widerstandsfähigkeit, wie sie hier und da auch bei nicht vorbehandelten Meerschweinchen vorkommt, hinausgehend. Die auf natürlichem Wege, von den Lungen und vom Darm bzw. Nasenrachenraum aus spezifisch und die unspezifisch vorbehandelten Meerschweinchen ließen niemals eine Resistenzsteigerung erkennen. Sowohl für die Erzeugung einer lokalen Tuberkulinempfindlichkeit wie auch einer Resistenzsteigerung der Infektion gegenüber war es völlig gleichgültig, ob zur Vorbehandlung der Stamm Langer oder eine bovine Kultur zur Verwendung kam. M. Stern-München.

Schutzimpfung gegen Tuberkulose, von Langer-Berlin-Charlottenburg. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 3, S. 84.) Die Tuberkulose des Kindes ist die Schutzimpfung der Natur gegen die Phthise des Erwachsenen. Es ist aber nach Ansicht von L. nicht angängig, im Hinblick auf die Gefahr einer Provokation mit lebenden Tuberkelbazillen eine derartige Schutzimpfung durchzuführen (Selter, Möller), selbst nicht mit angeblich avirulenten Stämmen (Calmette). Verf. konnte in jahrelangen Versuchen beweisen, daß zur Erzielung einer Tuberkuloseimmunität durchaus nicht der lebende Tuberkelbazillus erforderlich ist; mit Hilfe eines besonders zubereiteten Impfstoffes, der aus abgetöteten Tuberkelbazillen besteht und intrakutan eingeführt wird, gelang es ihm und anderen Untersuchern, schwergefährdete Kinder vor einer Infektion zu bewahren.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Die Calmettesche Schutzimpfung gegen Tuberkulose. Eine Kritik, von A. Moeller-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 5, S. 152.) Calmette verwandte zu seinen Schutzimpfungen gegen Tuberkulose Bazillen bovinen Charakters, die er jahrelang auf Galle-, Glyzerin- und Kartoffelnährböden weitergeführt hat; er behauptet, daß diese Bazillen die Fähigkeit, tuberkuloide Knötchen zu bilden, verloren hätten, während die Antikörperbildung unverändert weiterbestände. Verf. hat in Übereinstimmung mit anderen Autoren zunächst die Wirkung heretogener Tuberkelbazillen widerlegt; was die Fähigkeit der Knötchenbildung angeht, so glaubt er, daß mit ihrem Verlust auch die Fähigkeit solcher Stämme, zu immunisieren, schwindet. Bei der peroralen Verabreichung des Calmetteschen Impfstoffes (innerhalb der ersten neun Lebenstage täglich dreimal 2 mg einer zehntägigen Kultur) wird nach Ansicht von M. gelegentlich des Schluck- und Saugaktes ein erheblicher Teil der Bazillen in die Lymphspalten des Schlundringes hineingesaugt und bleibt unkontrollierbar in den Lmphdrüsen liegen; Hinweis auf die Gefährlichkeit dieser eventuell latenten Tuberkulose, falls, wie andere Autoren behauptet haben, die Bazillen nicht sicher avirulent sind. Auf Grund der eigenen Schilderungen von Calmette kommt Verf. zu dem Schluß, daß nach dieser Art von Schutzimpfung keine Hautallergie im Sinne einer Tuberkulinüberempfindlichkeit eintritt, mithin die immunisierende Wirkung des der toxischen und sensibilisierenden Komponente beraubten Impfstoffes illusorisch ist. In Gegensatz dazu stellt er seine eigene Methode der Schutzimpfung (intrakutan verriebene virulente Tuberkelbazillen), die „im Hellen immunisiert"; er wendet sie in erster Linie an bei Kindern, die tuberkulinnegativ reagieren, also noch keinen physiologischen Infekt und damit natürliche Immunität besitzen. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Résultats de la vaccination contre la tuberculose par le BCG (Die Resultate der Impfung mit BCG gegen Tuberkulose), von G. Poix. (Presse méd., 1927, Nr. 34, S. 531.) Seit Juli 1924 hat das Institut Pasteur die Vakzine den Ärzten zur prophylaktischen Verwendung bei den neugeborenen Kindern tuberkulöser Eltern zur Verfügung gestellt. Es sind bisher 22000 Impfungen vorgenommen worden, ohne nachweisbaren Nachteil hervorgerufen zu haben. Eine zuverlässige kontrollierbare Statistik über 669 derartige Säuglinge ergab für das erste und zweite Lebensjahr eine Mortalität an Tuberkulose von kaum 1%, während aus anderen Statistiken sich ergibt, daß die Nachkommenschaft tuberkulöser Mütter zu etwa 25% in diesem Lebensalter an Tuberkulose zugrunde geht. Die Verabreichung der Vakzine erfolgt in der denkbar einfachsten Weise, indem man

Digitized by Google

die Säuglinge bzw. die wieder zu impfenden Kinder drei Dosen der Vakzine in ein wenig lauwarmer Milch bei Einschiebung von zweitägigen Pausen des Morgens bei der ersten Futterung schlucken läßt. Diese Wiederimpfung soll am Ende des ersten Lebensjahres und am Ende des dritten Lebensjahres vollzogen werden. Über die Dauer dieser Schutzimpfung liegen genauere Beobachtungen noch nicht vor, doch wird dieselbe auf 4 bis 5 Jahre von Calmette geschätzt. Bei Rindern wird die Schutzdauer zu 15—18 Monaten angegeben. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der heutige Stand der Tuberkulose-Schutzimpfung, von K. Schlapper-Görbersdorf. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 27, S. 972.) Übersichtsreferat. Nichts Neues. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Syphilis

a. Allgemeines und Historisches

La lutte contre la tuberculose et la syphilis dans la marine marchande (Der Kampf gegen Tuberkulose und Syphilis in der Handelsmarine), von G. Vitoux. (Presse méd., 1927, Nr. 35, S. 558.) Gegen die Verbreitung der Syphilis ist ein wirksamer Schutz zu erwarten von der seit 1924 bestehenden und von nunmehr 17 Nationen unterstützten Einrichtung der internationalen antivenerischen Polikliniken in einer größeren Reihe von Hafenstädten. In diesen Anstalten werden alle Seeleute, ohne Rücksicht auf die Nationalität, sachgemäß behandelt. Für den weiteren Ausbau dieser Maßregel gab Cavaillon (Direktor in der französischen Hygieneabteilung) zweckmäßige Richtlinien an. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Der Rückgang der Syphilis. Zum dritten Male im Laufe der Jahrhunderte, von F. Matthias-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 28, S. 1001.) Allgemeine Bemerkungen über Rückgang der Lues und die Ergebnisse der Jadassohnschen Umfrage. Kein neuer Gesichtspunkt. Hinweis darauf, daß in drei weit auseinanderliegenden Zeitabschnitten ein deutlicher Rückgang der Lues stattgefunden hat: 1520, 1830 und in der Gegenwart, immer zu einer Zeit, in der das Quecksilber weniger therapeutisch verwandt wurde. C. L. Karrenberg-Hamburg.

b. Pathologie und Klinik

Die Syphilis im Lichte neuer experimentell-biologischer und immuntherapeutischer Untersuchungen, von S. Bergel-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 31, S. 1187 bis 1189.) Der wechselvolle Verlauf der Syphilis ist im wesentlichen ein Produkt der Biologie der Syphilisspirochäten und der Art und Wirkungsweise der Abwehrmittel des Körpers. Den lipoidhaltigen Spirochäten treten die lipolytischen Lymphozyten entgegen, die imstande sind, sie intra- und extrazellulär abzubauen. Den gleichen Einfluß auf Spirochäten haben lymphozytenreiche Bauchhöhlenexsudate und die Bildungsorgane der Lymphozyten, besonders Extrakte von Lymphdrüsen mit Spirochätenmaterial mehrfach vorbehandelter Kaninchen. Dabei erweisen sich einige Spirochäten bezüglich des vollständigen Zerfalles widerstandsfähig. Die Antikörperbildung beruht im wesentlichen auf einer lipatischen Ambozeptorenwirkung. Die lymphozytenreichen syphilitischen Produkte sind zwar Symptome der bestehenden Infektion, gleichzeitig aber eine Abwehrmaßnahme des Körpers gegen die Krankheitsursache. Nach der Infektion gelangen die Spirochäten schon frühzeitig in den Kreislauf und die verschiedenen Organe; haben sie sich bis zu einem gewissen Grade vermehrt, so setzt die lymphozytäre Reaktion ein, doch tritt sie so langsam ein, daß ein Teil der Spirochäten der lymphozytären Umwallung entgeht. Die Zunahme der entzündlichen Reaktion zeigt sich als Primäraffekt (Krankheitsprodukt und Abwehrmaßnahme), in dessen Reizserum eine positive WR oft bereits nachgewiesen werden kann, wenn sie im Blut noch negativ ist. Nach Durchbrechen des Walles gelangen die Spirochäten in die Lymphgefäße und Lymphdrüsen, deren Proliferation eine mächtige Waffe darstellt; die von ihnen produzierten Abwehrstoffe gehen in die Körpersäfte und das Blut über, was mit dem Auftreten der positiven WR zusammenfällt. Diese ist ein relativ günstiges Zeichen, negative WR findet sich häufig mit fehlender Lymphdrüsenschwellung bei malignen Fällen. Trotz der Vernichtung großer Mengen von Spirochäten in den Lymphdrüsen wird doch diese Schranke von anderen durchbrochen, die durch den Ductus thoracicus in den Blutkreislauf und die Organe gelangen, wobei jedoch die bereits in großer Menge gebildeten Abwehrstoffe viel mildere Erscheinungen ohne Indurationen, Roseolen oder Papeln auftreten lassen. Auch diese Erscheinungen, die mit Rücksicht auf die schon zur Zeit des Primäraffektes allgemein verbreiteten

Digitized by Google

Spirochäten keine Erstinfektion des Körpers darstellen, sind Abwehrerscheinungen, ebenso wie die schon jetzt im Liquor oft anzutreffende Lymphozytose und WR. Die lymphozytären Reaktionen vermindern die Spirochäten so weit, daß die entzündlichen Erscheinungen schwinden, auch die neugebildeten Antistoffe verringern sich allmählich wieder, womit dann den übriggebliebenen Spirochäten die Möglichkeit gegeben wird, sich zu vermehren und Reaktionsprodukte, d. h. klinische Rezidive zu bilden. Durch Veränderungen der Spirochäten, Variationsformen, werden auch differente Krankheitserscheinungen erzeugt. Nach mehreren Rezidiven und also auch Abwehrversuchen kann die Krankheit auch serologisch erlöschen; je geringer die Häufigkeit und Intensität der sekundären Erscheinungen und damit auch der Antistoffbildung, desto schwerer die spätsyphilitischen Erscheinungen. Bei vielen Kranken bewirken nach Abklingen der Sekundärsymptome die chemisch andersartigen, wesentlich eiweißartigen oder mit Lipoiden gemischten Spirochäteninnensubstanzen (Endotoxine) veränderte Reaktionsprodukte des Tertiärstadiums. Da keine dauernde Immunität eintritt, kann nach Heilung der Syphilis WR und Luetinreaktion negativ werden und eine neue Infektion haften. Diese Anschauungen führten zu Versuchen, das wirksame spirochätenlösende Prinzip der lymphozytenreichen Exsudate und besonders der Lymphdrüsen entsprechend vorbehandelter Tiere für die Therapie zu verwerten; durch maximale Steigerung der Antistoffbildung im Kaninchenorganismus konnten durch bestimmte Extraktionsmethoden aus den Exsudaten und den lymphozytären Organen Immunstoffe gewonnen werden, die lebende Spirochäten in vitro zum Verfall und Schwinden brachten und kranke Tiere heilten. Diese im tierischen Organismus wirksamen Stoffe müssen für die Therapie der menschlichen Syphilis nutzbar gemacht werden. E. Levin-Berlin.

Syphilis papulosa (Condyloma latum) im äußeren Gehörgang, von G. Doczy-Debreczen. (W. kl. W., 1927, Nr. 14, S. 456.) 25 Jahre alte Kellnerin; Februar 1925 Lues, Kur. Mai 1926 Rezidiv mit reichlichen Papeln im äußeren Gehörgang; reichlicher Spirochätengehalt in denselben. M. Cohn-Dresden.

A propos de la syphilis osseuse et en particulier de celle du maxillaire inférieure (Über Knochensyphilis, besonders die am Unterkiefer lokalisierte), von E. Pollosson und M. Dechaume. (Lyon méd., 1927, Bd. 139, Nr. 25, S. 711—717.) Bei einer Frau von 26 Jahren entwickelte sich eine Geschwulst am rechten horizontalen Unterkieferast mit heftigen Schmerzen und Erscheinungen von Hypästhesie im rechten N. mentalis, die zunächst den Verdacht eines Sarkoms erweckte und die Resektion des Unterkiefers in Aussicht nehmen ließ. Obwohl keine Anzeichen erworbener oder kongenitaler Syphilis vorhanden waren (zwei gesunde Kinder, keine Aborte), wurde doch eine Probebehandlung mit Sirup Gibert eingeleitet, unter der die Erscheinungen unter wesentlicher Hebung des Allgemeinbefindens zurückgingen. Nachträglich wurde positive WR festgestellt. E. Levin-Berlin.

Pathologisch-anatomische Veränderungen des Herzens und der großen Gefäße syphilitischer Kaninchen, von S. Bergel, Pharm. Univ.-Inst. Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 5/6, S. 891.) Verf. beschreibt „kleine Auflagerungen" und aneurysmatische Ausbuchtungen an der Aorta und Karotis von Kaninchen, die intraperitoneal, intratestikulär oder intravenös mit Syphilis infiziert waren. Mikroskopisch zeigten sich Zerreißungen elastischer Fasern und Rundzellanhäufungen in der Media und Adventitia, in letzterer besonders um die Vasa vasorum, stellenweise auch umschriebene Nekrosen. Nach Angabe des Verf. entsprechen die Veränderungen durchaus den beim Menschen zu findenden. (Die Abbildungen sind hierfür allerdings nicht überzeugend. Ref.) Am Herzen fand Verf. vereinzelt eine Wandendokarditis mit Wucherung von Bindegewebszellen und Bildung von Granulationsgewebe. Die Veränderungen erstrecken sich auch auf das Myokard. F. Wohlwill-Hamburg.

Die Prognose der Mesaortitis syphilitica auf Grund von Sektionsprotokollen, von J. Heller-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 28, S. 1176 und Nr. 29, S. 1211.) Unter 10974 Sektionen Erwachsener hat Verf. in 330 Fällen = 3% das Symptom der Aortitis festgestellt. Die Erkrankung der Aorta war bei 176 = 1,6% die Todesursache. Unter den Mesaortitiskranken waren 114 = 1% unter 50 Jahren, 221 = 2% über 50 Jahre. Bei ersteren war in 59 Fällen = 0.5%, bei letzteren in 117 Fällen = 1% die Mesaortitis die Todesursache. Für die Prognose der Mesaortitis ist die Feststellung von Bedeutung, daß $^2/_3$ aller Aortitisfälle das 50. Lebensjahr überschritten haben, 32% das 60. und 8,5% sogar das 70. Lebensjahr. Die Mesaortitis befällt vorwiegend Männer (etwa 70%), was Verf. auf Berufsarbeit, Tabak- und Alkoholmißbrauch zurückführt. Die Erkrankung findet sich nur in $^1/_3$ der Fälle von Aneurysma und Aorteninsuffizienz. Seltener, als

Digitized by Google

bisher angenommen wird, besteht bei Mesaortitis eine Sklerose der Koronararterien. Auf 9—10 Fälle kommt 1 Fall von Koronarsklerose. Schätzungsweise erkrankt jeder 6. bis 10. Syphilitiker an Mesaortitis, jeder 12.—18. Syphilitiker stirbt an dieser Erkrankung.
F. Harry-Wiesbaden.

Die syphilitischen Erkrankungen des Herzens und der Gefäße, von Semetz. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 11.) Eine literarische Betrachtung.
A. Jordan-Moskau.

Zur Diagnose und Therapie der viszeralen Syphilis, von Kogan-Jassnij. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 11/12.) Im Laufe von 2 Jahren hat Verf. 57 Kranke mit viszeraler Lues beobachtet, von denen 47 Arbeiter waren und die meisten im Alter von 25—45 Jahren standen. Ihre Klagen waren die allerverschiedensten und nur der Gedanke „in dubio respice luem" führte zur richtigen Diagnose. Es handelte sich bei diesen Kranken um eine Affektion

der Leber in	13 Fällen
des Magens in	10 „
der Speiseröhre in	1 Falle
der Nieren in	3 Fällen
des Gefäßsystems in	13 „
der Lungen in	1 Falle
der Harnblase in	2 Fällen
der Gelenke in	3 „
des Zentralnervensystems in .	3 „
der endokrinen Drüsen in . .	4 „
Tabes dorsalis in	4 „
	57 Fällen.

Die Diagnose wurde bestätigt:

durch einen positiven Wassermann in	10 Fällen
durch einen positiven Meinicke in	7 „
durch einen positiven Wassermann im Liquor in	2 „
durch vorhergegangene Lues anamnestisch in .	27 „
durch Lues bei den Eltern anamnestisch in . .	3 „
durch die Behandlung ex juvantibus in . . .	8 „
	57 Fällen.

Die Behandlung muß gemeinsam durch den Internisten und den Syphilidologen geschehen, da nach Ansicht des Verf. die wenigsten Internisten genau bewandert sind in der spezifischen Behandlung und die wenigsten Syphilodologen mit der viszeralen Lues genügend bekannt sind.
A. Jordan-Moskau.

Die paroxysmale Hämoglobinurie bei viszeraler Syphilis, von Epstein und Osstrowski. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 16.) Die Erscheinungen der paroxysmalen Hämoglobinurie finden anscheinend ihre Erklärung durch die Wirkung des syphilitischen Virus auf das Blut. Die syphilitische Erkrankung der inneren Organe kann mit intermittierendem Fieber verlaufen und infolgedessen zu Verwechslungen mit Malaria Anlaß geben. Eine rechtzeitig angewandte spezifische Kur ist von glänzendem Erfolg begleitet.
A. Jordan-Moskau.

Coexisting Active Syphilis of the Larynx with Active Pulmonary Tuberculosis (Gleichzeitiges Bestehen von aktiver Kehlkopfsyphilis und aktiver Lungentuberkulose), von D. L. Engelsher-New York. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 4, S. 284.) Aufnahme eines 55jähr. Mannes, der vor 25 Jahren einen P. A. hatte, ungenügend behandelt wurde, vor 5 Jahren einen luetischen Hautausschlag mit ++++ WR hatte und seit 4 Jahren, besonders aber seit 2 Monaten zunehmenden Husten und Heiserkeit bemerkte. Dazu noch starke Gewichtsabnahme. Bei schwerem Allgemeinzustand wurde zuerst die Diagnose Tbc. laryngis et pulm. gestellt. WR einmal —, ein anderes Mal ++++. Urin o. B. Sputum und Larynxbelag. Tbc. —. Auf Anamnese und + WR Neoarsphenamine-Injektionen. Zunehmende Besserung der Larynxerscheinungen und des Allgemeinzustandes, starke Gewichtszunahme. Nach 2 Monaten Entlassung mit nur noch leichtem Husten. Verf. rät, auch bei gleichzeitiger Tbc. pulmonum eine Laryngitis, besonders wenn Anamnese luesverdächtig, auch von diesem Standpunkt aus zu betrachten.
H. Colman-Berlin.

Digitized by Google

Augenblicklicher Stand der Frage über die Syphilis der oberen Luftwege und des Mittelohres, von Orleanski. (Westnik Sowremennoi Medicini, 1927, Nr. 14.) (Russisch.) Nach Ansicht des Verf. geben Affektionen des N. vestibularis eine bessere Prognose als die des N. cochlearis, und im besonderen ist die Prognose hinsichtlich des N. cochlearis besser beim Mann als bei der Frau. A. Jordan-Moskau.

Vergleichende Leberfunktionsprüfungen, von W. Löwenberg, W. Nauenberg und G. Noah, I. Inn. Abt. Rud.-Virch.-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 445.) Verff. haben an einem großen klinischen Material den Wert der verschiedenen Leberfunktionsprüfungen für ihre praktische Eignung einer eingehenden Prüfung unterzogen und kommen zu dem Resultate, daß für die Praxis die Ehrlichsche Aldehydreaktion im Urin eine hohe Bedeutung als feiner Gradmesser einer Leberschädigung beansprucht. Ebenso ist von großem praktischem Wert die Galaktoseausscheidung im Urin nach Verabfolgung von 40 g chemisch reiner Galaktose. Hierbei kommt Werten über 2 g differentialdiagnostisch eine Bedeutung im Sinne einer Leberparenchymschädigung zu. Übereinstimmend konnte eine solche beim Icterus catarrhalis und syphiliticus nachgewiesen werden. Auch bei der Leberzirrhose konnte durch die Galaktosebelastung eine Funktionsstörung nachgewiesen werden, während bei der Leberlues diese Probe im Stich ließ und nur die Urobilinogenocholie auf den gestörten Leberstoffwechsel hinwies. Bei der Cholangitiden fanden sich mehrere Funktionsausfälle, dagegen keine Störungen der Funktion beim Choledochusverschluß. Bei Cholezystitis und Cholelithiasis wiesen nur die im Blut auftretenden chininresistenten Lipasen auf eine Leberfunktionsstörung hin. E. Langer-Berlin.

Über Wesen und Therapie des syphilitischen Fiebers, von J. Mannaberg. (W. m. W., 1927, Nr. 28, S. 927.) Verf. hat bei Vergleichsuntersuchungen mit anderen Spirochätosen festgestellt, daß nur diejenigen Erkrankungen obligat oder fakultativ Fiebererscheinungen zeigen, bei denen auch gleichzeitig Leberstörungen gefunden werden. Auch für die Lues der verschiedenen Stadien trifft dies zu. Verf. ist geneigt anzunehmen, daß dabei die pyrogenen Stoffe aus der Leber stammen. Im Gegensatz zur Lues findet sich z. B. bei der so nahe verwandten Framboësie niemals Fieber, aber auch nie eine Lebererkrankung. Die Therapie des luetischen Fiebers deckt sich mit der der Lues selbst. Die Hauptsache ist nur, bei der Diagnose ungeklärter fieberhafter Erkrankungen auch an die Möglichkeit einer Lues und eventuell einer viszeralen Lues zu denken. E. Langer-Berlin.

Zur Frage der gummösen Hepatitis, von Nisharadse. (Wratschebnaja Gaseta. 1927, Nr. 11/12.) 36jähr. Mann mit gummöser Hepatitis, sypbilitischer chron. Gastritis und Tuberculosis fibrosa apicis pulmonalis. Die Lues war anscheinend kongenital. A. Jordan-Moskau.

Über gummöse Leberschwellung, von Wikker. (Wratschebnoje Delo, 1927. Nr. 16.) Die gummöse Anschwellung der Leber ist eine ziemlich häufige Erscheinung. wird aber nicht selten fälschlich diagnostiziert. Bei jeder Lebergeschwulst, wie auch bei zweifelhafter Geschwulst der Bauchhöhle, muß eine Hg-J-Behandlung versucht werden. A. Jordan-Moskau.

Syphilitic Cirrhosis of the Liver in an Infant (Syphilitische Leberzirrhose bei einem Kinde), von V. Joukovsky-Smolensk. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 6. S. 905—906.) Der außerordentlich seltene, bei einem 4monatigen Brustkinde beobachtete Fall einer atrophischen Form syphilitischer Leberzirrhose zeigte Ikterus, ein gewisses Mißverhältnis zwischen der großen Zerstörung des Parenchyms und der ausgesprochenen Entwicklung von Bindegewebe mit seinem Reichtum an zelligen Elementen, ferner weitgehendes Eindringen fibrösen Gewebes in die Lobuli. E. Levin-Berlin.

Über die Syphilis der Parotis, von Eruchimowitsch und Blumkin. (Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 16) 42jähr. Schlosser erkrankte an einer Parotisschwellung bei normaler Temperatur. Die Härte der Drüse wies, bei schwach positiver Meinicke-Reaktion, Sklerose der Aorta und Vergrößerung der Leber, trotzdem Lues verneint wurde, auf einen syphilitischen Ursprung hin. Der gute therapeutische Erfolg durch die spezifische Kur bestätigte die Vermutung. A. Jordan-Moskau.

Zur Frage des syphilitischen Diabetes, von Ulrich und Ewreisson. (Moskowski Medicinskij Journal, 1927, Nr. 6.) 31jähr., sehr herabgekommener Bauer mit schwerem Diabetes und Azetonurie leugnet Lues. Da die WR stark positiv war und die sonstigen Mittel nicht recht helfen wollten, wurde Bijochinol und Salvarsan gegeben, worauf eine schnelle und fast völlige Herstellung erfolgte. A. Jordan-Moskau.

Digitized by Google

Zur Lehre von der gummösen Nierenaffektion. Ein Fall von Nierenstein-erkrankung, kombiniert mit Syphilis, von L. P. Mariantschik-Kiew. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 29, S. 1801.) Anläßlich einer Nephrotomie wegen Nierensteins fand sich als Nebenbefund an der etwa um das $1^1/_2$fache vergrößerten Niere die Kortikalis mit erbsengroßen, multiplen Knötchen besetzt, die an Tuberkel erinnerten. Beim Durchschneiden zeigte sich käsiger Inhalt. Die mikroskopische Diagnose ergab sicheres Gumma. Die WR war negativ. In allen Fällen, wo Residuen von Peri- und Paranephritiden in Form von festen Adhäsionen, Verdickung des Fettgewebes, stark verwachsene Nierenkapsel und verdächtige Knötchen auf derselben gefunden werden, sollte man an eine gummöse Affektion der Niere denken. F. Landauer-Berlin.

Konstitution und Syphilis des Nervensystems, von Rasdolski. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 13/14.) Unter den verschiedenen Faktoren, welche die klinische Form der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems bestimmen, spielt die Konstitution anscheinend die Hauptrolle. Es droht dem Astheniker hauptsächlich Tabes dors., dem Pykniker die akut entzündlichen Formen, Erkrankungen des Gefäßsystems und progressive Paralyse. Nicht die Nervenzellen und die Nervenfasern bestimmen das klinische Bild der Neurolues, sondern das Mesenchym und die Gefäße des Nervensystems.
A. Jordan-Moskau.

Syphilis und Metasyphilis, von D. Mulder-Bandang, Niederl. Indien. (M. Kl., 1927, Nr. 25, S. 941—943.) In Indien zeigte sich, daß die einheimischen Tabes- und Paralysepatienten immer Zivilisierte oder Halbzivilisierte waren, wie auch in dem näher beschriebenen Falle eines Patienten, der, obwohl er in seiner Jugend bei frisch erworbener Syphilis intensiv intermittierend mit Quecksilber und Jod, später mit Salvarsan behandelt worden war, in der Ehe mit einer gesund gebliebenen Frau 15 gesunde Kinder hatte, trotzdem später an Paralyse erkrankte. Durch Malariabehandlung wurde er wieder arbeitsfähig, der Liquor gebessert, die WR unverändert positiv. Die Einheimischen sind bedroht durch Zivilisation, die meist Mißbrauch von Medikamenten (Veronal, Aspirin, Alkohol, Kokain usw.) im Gegensatz zu bisheriger einfacher Lebensweise mit sich bringt und die systematische Salvarsanisation. E. Levin-Berlin.

A propos de la syphilis nerveuse exotique (Über die Beteiligung des Nervensystems bei der exotischen Syphilis), von Ch. André. (Lyon méd., 1927, Bd. 139, Nr. 24, S. 683—687.) Erfahrungen in Paraguay stimmen mit denen in anderen exotischen (richtiger für die Zivilisation neuen) Ländern überein, daß bei großer Anzahl reichlich ausgebildeter syphilitischer Primär- und Sekundärerscheinungen sowie Gummen an Haut, Knochen und auch Nervenzentren sich Komplikationen wie Tabes und Paralyse fast gar nicht finden. Die Ursache für deren Häufigkeit bei uns liegt darin, daß es sich um den Einfluß der seit Jahrhunderten in Europa eingeführten spezifischen Behandlung handelt, die zu einer auf die Nachkommenschaft übertragenen teilweisen Immunisierung geführt hat. Als Folge davon treten die Hauterscheinungen in geringerem Umfange auf; die Zunahme der Spätercheinungen am Nervensystem erklärt sich daraus, daß dieses von den Medikamenten nicht genügend erreicht werden kann, daß ferner die durch örtliche Behandlung der Haut hier erzeugte örtliche histogene Immunität die Spirochäten nach den inneren Organen treibt, daß aber vor allem die Syphilis bei den zivilisierten Völkern auf einem hereditär-therapeutisch beeinflußten Boden ihren Charakter verändert, die Neigung erhält, eine mehr chronische Krankheit zu werden, und schließlich die übliche Behandlung ungenügend ist und zu einer relativen, aber unvollkommenen Immunität führt. So zeigt die Krankheit an Stelle wiederholter subakuter Eruptionen schleichende, progressive, atrophierende und sklerosierende Prozesse an allen inneren Organen, die jedoch am Zentralnervensystem besonders in die Erscheinung treten. Dieser Verlauf stellt sich allmählich auch in den Ländern ein, in denen die Zivilisation vordringt, und zwar besonders in den Städten. In den exotischen Ländern befindet sich die Syphilis noch in einem jungfräulichen, durch die Behandlung nicht beeinflußten Zustande; hier könnte auch die vorteilhafteste Behandlung ausgeprobt werden.
E. Levin-Berlin.

Pregnancy and Neurosyphilis (Schwangerschaft und Neurosyphilis), von G. H. Belote-Ann Arbor, Michigan. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 4, S. 268.) Verf. zeigt in 5 Tabellen mit Erläuterungen folgendes: 1. Männer und Frauen werden prozentual gleichmäßig im luetischen Frühstadium von Neurolues befallen. 2. Auch bei Spätlues tritt eine Beteiligung des ZNS bei ♂ und ♀ ziemlich gleichmäßig auf, und zwar fand Verf. bei 445 Fällen 310mal Neurolues. 3. Von 85 Frauen erkrankten 18 an früher Neurolues. Es überwiegen die Mütter etwa um $^1/_3$ gegenüber Nichtgebärenden. 4. Da-

Digitized by Google

gegen findet sich bei Spätlues zwischen diesen beiden Frauengruppen kein Unterschied. Schwangerschaft scheint nach den Beobachtungen des Verf. nicht, wie vielfach angenommen wird, einen Schutz gegen das Entstehen der Neurolues zu bilden.

H. Colman-Berlin.

Zur Frage der Mortalität und Morbidität bei Lues congenita, von H. Hollmann, Akad. Kinderkl. Düsseldorf. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 81, H. 4, S. 298.) Die Annahme, daß die kongenitale Lues zweckmäßiger ambulant zu behandeln sei, beruht auf Fehlschlüssen. Zur wirklichen Erfassung des „Hospitalismus" genügt nicht nur die Sterblichkeitsziffer, es müssen auch die Morbidität, die Dauer des Krankenhausaufenthaltes und das Alter der Patienten mit herangezogen werden. An dem Material der Schlossmannschen Klinik (330 Fälle in 6 Jahren) wird nachgewiesen, daß dem klinischen Aufenthalt keine wesentliche Schuld an den ungünstigen statistischen Ergebnissen beizumessen ist, vielmehr auch weiterhin die klinische Behandlung der kongenitalen Lues, bei Voraussetzung einer allen modernen Anforderungen entsprechenden Pflege, erstrebt werden müsse.

M. Gumpert-Berlin.

Die Bedeutung der Geburt für die Aufdeckung latenter Syphilis, von Th. Heynemann, Univ.-Frauenkl. Hamburg-Eppendorf. (D. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1039.) Bei positivem oder zweifelhaftem Resultat der serologischen Luesreaktion unter der Geburt, auch bei Verwendung von Armvenenblut, muß am 6. oder 7. Wochenbettage die Reaktion wiederholt werden. Erst unter Berücksichtigung beider Untersuchungen und aller anderen Momente (Röntgenuntersuchung des Kindes usw.) kann eine endgültige Diagnose gestellt werden. Nabelschnurblut ist zur serologischen Luesdiagnose ungeeignet. Retroplazentarblut ist eher verwertbar, da negative Resultate so gut wie sicher für Fehlen von Lues sprechen. Bei positiven Ergebnissen muß die Reaktion während des Wochenbettes wiederholt werden. Verf. fordert die planmäßige Untersuchung jeder Gebärenden, auch außerhalb der Krankenanstalten, zumal die Gewinnung retroplazentaren Blutes keine Schwierigkeit bereitet.

F. Harry-Wiesbaden.

Über die Bedeutung des Nachweises von chininresistenter Leberlipase im Blutserum kongenital luetischer Säuglinge, von M. Frank und L. Schrötter, D. Univ.-Kinderkl. Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 81, H. 1, S. 29.) Der Nachweis chininresistenter Leberlipase im Blutserum kongenital-luetischer Säuglinge fehlt mitunter auch in Fällen, bei denen klinisch eine Vergrößerung eventuell auch Verhärtung der Leber nachweisbar ist. Bei floridem luetischem Erstlingsexanthem war der Nachweis regelmäßig zu erbringen, auch wenn keinerlei Veränderungen der Leber vorhanden waren. Durch Quecksilberbehandlung wurde bei einem Falle von Frühsyphilis die chininresistente Leberlipase zum Schwinden gebracht. Dasselbe gelang nicht durch intramuskuläre Neosalvarsaninjektionen.

R. Ley-Kreuznach.

Two Hundred and Forty-Three Fetal Autopsies. A Syphilitic Study (243 Autopsien bei syphilitischen Früchten), von J. R. McCord-Atlanta. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 9, S. 626.) Die hier mitgeteilten, namentlich in bezug auf syphilitische Fragen sorgfältig durchgeführten und mit vielen Einzelheiten wiedergegebenen Untersuchungen liefern hauptsächlich folgende Zahlenverhältnisse: Nur 50 von den 243 untersuchten Leichen stammten von lebend geborenen Früchten her. Bei 45% der Föten war Mazeration eingetreten, und bei den eben so vielen war Syphilis einwandfrei nachweisbar. Bei weiteren 12% war Syphilis als entschieden wahrscheinlich zu bezeichnen. Als Todesursache wird angegeben: Syphilis bei 57%; Hirnblutungen und Einrisse am Tentorium bei 13%; Frühgeburt bei 11% und Toxämie der Mutter bei 4%. Von inneren Organen waren am häufigsten die Lungen affiziert; dann folgen in bezug auf Häufigkeit des Befallenseins die Nieren und die Leber. Die gleiche Reihenfolge gilt auch für die Häufigkeit von positivem Spirochätenbefund. Die als Wegnersche Krankheit bekannte Knochenaffektion scheint für fötale Syphilis pathognomonisch zu sein.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Die diagnostische Bedeutung der kongenital-luetischen Zahndeformitäten, von R. Habermann, Univ.-Hautkl. Hamburg. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 11, S. 347.) Hervorhebung der Bedeutung der Zahndeformitäten als diagnostisches Hilfsmittel bei Verdacht auf kongenitale Lues. Man darf sich dabei aber nur an die Originaldefinition Hutchinsons halten und nur die mittleren oberen Schneidezähne als Prüfsteine in Betracht ziehen, wobei es nicht nur auf die Einkerbung und Ausbuchtung der Schneide, sondern besonders auf die Form, Verkümmerung hinsichtlich Längen- und Breitenwachstum, Abrundung der Ecken, Tonnenform ankommt. Als Entstehungsursache ist wohl weder eine direkte Einwirkung des syphilitischen Virus auf die Zahnkeime noch eine

Digitized by Google

luetische Erkrankung der Zwischenkiefersymphyse anzunehmen, sondern sie ist mit größter Wahrscheinlichkeit in einer Störung des endokrinen Apparates zu suchen.

B. Peiser-Berlin.

Contribution à l'étude des formes cliniques de l'hérédo-syphilis; descendance des paralytiques généraux (Beitrag zum Studium der klinischen Formen der kongenitalen Syphilis; die Nachkommenschaft der progressiven Paralytiker), von F. Widlocher. (Thèse de Paris, Presse méd., 1927, Nr. 35, S. 554.) Nach W. sind bei der mit kongenitaler Syphilis behafteten Nachkommenschaft von progressiven Paralytikern in prognostischer Hinsicht 2 Gruppen zu unterscheiden, je nachdem die Erzeuger einerseits den klassischen Typ dargeboten haben, welcher 10—15 Jahre nach dem Entstehen des Primärsyphilids und nach einem mit wenig ausgesprochenen Symptomen oder symptomenlos sich entwickelnden Verlauf in die Erscheinung tritt, und andererseits es sich um Väter handelt mit vorzeitiger oder auch mit verspäteter atypischer Paralyse nach einer landläufigen, mit sekundären und tertiären Symptomen einhergehenden Syphilis. Bei der ersten Form bleiben die Frau und Kinder des Kranken oft frei von der syphilitischen Infektion oder erkranken nur in milder Form; bei der zweiten dagegen sind sie stets sehr schwer betroffen. Je näher das Datum der Konzeption mit dem der ursprünglichen Infektion zusammenliegt, um so schwerer tritt die Infektion hervor. Bei den Kindern von Paralytikern sind nach W. die Arsenpräparate wegen ihrer ungünstigen Einwirkung auf das Nervensystem zu vermeiden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Beitrag zum Problem der kongenitalen Syphilis im Tertiärstadium, von Th. Hirsch-Karlsruhe. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 33, S. 2100.) Erstgebärende mit etwa kindskopfgroßem Gumma in der Vagina, das den Geburtskanal bis zu einer Durchgängigkeit von nur 3 Fingern verengt. Durch Schnittentbindung vollkommen reifes und gesundes Kind ohne Zeichen von Lues. Bei der Mutter Wassermann und Meinicke stark positiv, beim Kind beide Reaktionen negativ. Die Mutter hatte drei antiluetische Kuren durchgemacht, die vierte während der Schwangerschaft selbständig abgebrochen. Im Hinblick auf die unvollkommene Behandlung der Mutter während der Schwangerschaft ist wohl die Gesundheit des Kindes nicht der Behandlung der Mutter zuzuschreiben, sondern vielmehr der besonderen Eigenart des Tertiärstadiums der Syphilis.

F. Landauer-Berlin.

Lésions du plexus solaire dans un cas d'hérédo-syphilis précoce (Läsionen des Plexus solaris in einem frischen Falle kongenitaler Syphilis), von R. Dupérié. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 249—251.) Bei einem kongenital-syphilitischen, an trophischen Störungen leidenden und an fortschreitender Kachexie zugrunde gegangenen Säugling fanden sich keine Spirochäten in Leber, Milz, Meningen, Zentralnervensystem, peripheren Nerven, spärlich in Nebennieren, Nieren, Dünndarm, Thymus, hingegen reichlich in Appendix, Ovarium, Hypophysis und vor allem in den dem Pankreas anliegenden Nervenfasern und Ganglien des Sympathikus, die zum Plexus solaris gehören. Die Nervenfasern und Ganglien sind krankhaft verändert. In dem vorliegenden Falle scheinen die Spirochäten eine besondere Affinität zu dem sympathischen Nervensystem gehabt zu haben; es lassen sich daraus Schlüsse auf gewisse vasomotorische und trophische Störungen bei jungen kongenital-syphilitischen Kindern ziehen.

E. Levin-Berlin.

Die kongenital-luetische Bindehautinfiltration. Histologische Untersuchungen, von F. Weiss, II. Dtsch. Univ.-Kinderkl. Prag. (Arch. f. Kindhlk., 1927, Bd. 81, H. 4, S. 281.) Zwei Fälle von kongenitaler Säuglingslues, bei denen sich im Konjunktivalsack massenhaft Spirochäten fanden bei sonst fehlendem klinischem Befund, gelangten zur Sektion. Mitteilung der eingehenden histologischen Untersuchung. In beiden Fällen zeigt die Konjunktiva deutliche proliferativ-entzündliche Zellinfiltration, von der der tarsale Abschnitt am intensivsten betroffen ist. Im Bereich der Wand des Tränensackes starke entzündliche Zellwucherung. Diffuse Infiltration des Papillarkörpers. Zahlreiche Plasmazellen nachweisbar. Das Zustandekommen der spezifischen Bindehautinfiltration wird als eine Begleiterscheinung der diffusen Gesichtshaut- bzw. Lidhauterkrankung betrachtet. Bei dem spezifischen endogenen Charakter der kongenital-luetischen Bindehauterkrankung, die zweifellos häufiger ist, als angenommen wird, erscheint es angezeigt, nicht von „Conjunctivitis", sondern von „Infiltratio tarso-conjunctivalis" zu sprechen.

M. Gumpert-Berlin.

A Case of Osteomyelitis of the Long Bones in an Infant: The Subject of Inherited Syphilis (Ein Fall von Osteomyelitis der langen Röhrenknochen bei einem

Digitized by Google

Kinde mit kongenitaler Syphilis), von J. Thomson. (Edinburgh m. J., 1927, Bd. 34, Nr. 8, S. 466—469.) Vater des 10 Wochen alten Kindes hatte Syphilis gehabt, Mutter klinisch gesund, jedoch mit positiver WR. Das Kind ist, ebenso wie zwei vorhergehende, zur richtigen Zeit geboren; das erste mit 10 Monaten an Meningitis gestorben, das zweite zeigt positive WR. Alle 3 Kinder erkrankten im Alter von ungefähr 6 Wochen an Schwellungen an Knien, Ellenbogen, Hand- und Fußgelenken. Das näher beschriebene Kind, das gleichfalls positive WR aufwies, zeigte röntgenologisch an den langen Knochen Rarefizierung und Periostitis. Auf Hg innerlich trat Besserung ein.

E. Levin-Berlin.

Schicksal ungenügend behandelter Fälle von kindlicher Lues, von Fr. Stern, Univ.-Kinderkl. Freiburg i. Br. (Kl. W., 1927, Nr. 26, S. 1235.) Verf. teilt aus dem Material der Freiburger Kinderklinik einige Fälle mit, die gar nicht oder nur ganz schwach behandelt wurden und jetzt als sicher geheilt anzusehen sind. Wichtig ist dabei, daß die Kinder in gutem Ernährungszustand waren und unter günstigen Verhältnissen lebten. Hiervon ausgehend, kommt Verf. zu dem Resultat, daß heute unsere Fragestellung bei der Dosierung der Antisyphilitika sein muß, wie klein darf die Dosis sein, um den Kranken zu heilen und ihn andererseits für seine Umgebung ungefährlich zu machen.

E. Langer-Berlin.

c. Ätiologie und Diagnose

Die experimentellen Grundlagen der Lehre von den neurotropen und somatropen Rassen der Spirochäten, von I. L. Kritschewski-Moskau. (Kl. W., 1927, Nr. 29, S. 1370.) Die Lösung der Frage, ob es sicher neurotrope und dermotrope Spirochätenstämme gibt, ist trotz vielfacher Untersuchungen mit Sicherheit noch nicht gelöst worden. Verf. hat daher, gestützt auf die Buschke-Króoschen Modellversuche am Rekurrens bei dieser Spirochätenart mit Hilfe der Blut- und Gehirnüberimpfungen die Frage zu lösen versucht, und hat in der Tat bei einem großen Versuchsmaterial — 206 Tiere — sichere Ergebnisse erzielen können. Verf. konnte nämlich nachweisen, daß alle 3 Rekurrensrassen, mit denen er arbeitete, Sp. Duttoni, Stamm Brazaville, Sp. Duttoni, Stamm Berlin-Reichsgesundheitsamt und Sp. Obermeieri, Stamm Berlin-Reichsgesundheitsamt in ihrem Neurotropismus ganz verschieden waren. So fand sich bei der Sp. Duttoni Brazaville ein fast absoluter Neurotropismus von etwa 78%, bei der Sp. Duttoni-Rgs. von 38% und bei der Sp. Obermeieri Rgs. nur von 16%. Dabei zeigte sich auch, daß der Neurotropismus nicht etwa davon abhängt, ob das Blut steril ist oder nicht. Auf diese Weise bekommt erstmalig die Lehre vom Neurotropismus der Spirochätenrassen eine sichere experimentelle Grundlage, die man, wenn auch mit einer gewissen Vorsicht, auch auf die Sp. pallida übertragen kann.

E. Langer-Berlin.

Über syphilitische Späterkrankungen des Kaninchens nach „symptomloser Infektion", von R. Prigge, Georg-Speyer-Haus Frankfurt a. M. (D. m. W., 1927, Nr. 32, S. 1340.) Bei zahlreichen „Nullern" wurden noch 5—7 Monate nach der scheinbar erfolglosen Impfung typische Schanker oder Hodensyphilome oder Keratitis parenchymatosa beobachtet. Die Syphilome erwiesen sich histologisch als Gummiknoten. Bei der weitgehenden Ähnlichkeit zwischen menschlicher und experimenteller Kaninchensyphilis besteht die Möglichkeit, daß auch beim Menschen nach monatelangem symptomlosem Verlauf der Lues sich noch typische Primäraffekte entwickeln können.

F. Harry-Wiesbaden.

Über Reinokulationsversuche an syphilitischen Kaninchen, von W. Frei, Univ.-Hautkl. Breslau. (D. m. W., 1927, Nr. 28, S. 1174.) Sowohl die Methode der Drüsenimpfung als auch die der Reinokulation mit homologem Virus eignen sich in zuverlässiger Weise zur Feststellung der Heilung. Die Tiere wurden im Frühstadium des Primäraffektes intensiv mit Hg behandelt und 4—12 Monate nach der Infektion auf den Heileffekt hin geprüft. Die Reinokulationsversuche mit heterologem Virus ergaben ein weitgehendes Überwiegen eines alten Kaninchensyphilisstammes über einen erst vor kurzer Zeit auf das Kaninchen übertragenen. Tiere, die mit dem alten Stamm vorgeimpft waren, reagierten bei Wiederimpfung mit dem neuen nie mit Primäraffekten. War dagegen die Erstimpfung mit dem neuen Stamm erfolgt, so bildeten sich bei der Nachimpfung mit dem alten Stamm fast stets Primäraffekte aus.

F. Harry-Wiesbaden.

Zur Frage der Superinfektion bei der experimentellen Kaninchensyphilis, von R. Strempel und G. Armuzzi, Univ.-Hautkl. Bonn. (D. m. W., 1927, Nr. 27,

Digitized by Google

S. 1134.) Die Superinfektion latent syphilitischer Kaninchen mit heterologem Virus führte durchschnittlich in 24,4% zu positiven Ergebnissen. Die meisten positiven Resultate ergab die Nachimpfung von Truffi-Tieren mit Nichols-Stamm. Zeitlich kann man 4 Monate nach der Erstinfektion am ehesten mit positiven Impferfolgen rechnen. Ferner zeigt es sich, daß es nach Superinfektion mit einem biologisch jungen, d. h. dem Kaninchen noch nicht lange angepaßten Stamm seltener zu charakteristischen klinischen Erscheinungen als im umgekehrten Fall kommt. Trotz Fehlens manifester Symptome nach heterologer Superinfektion können sich Spirochäten an der Impfstelle virulent erhalten. Die Überimpfung eines symptomlosen Impfbezirks 2½ Monate nach der Superinfektion führte bei einem gesunden Tiere zu normaler Schankerbildung.

F. Harry-Wiesbaden.

Therapeutic Effect of Hot Baths in Experimental Primary Syphilis in Rabbits (Therapeutischer Erfolg von heißen Bädern bei experimenteller Kaninchensyphilis), von J. F. Schamberg und A. M. Rule-Philadelphia. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 16, S. 1217.) Eine Spirochätenemulsion wird für 1 Stunde in ein Heißwasserbad (40° C) gebracht. Trotz Beweglichkeit der Spir. im Dunkelfeld, bleibt Impfung erfolglos. Die Beweglichkeit der Spir. hört bei 41° C nach 6 Stunden auf. Verff. impften 3 Kaninchen mit normaler Kultur. Nach 33 Tagen gut ausgebildete Hodenschanker. Jetzt erhalten 2 von den 3 Kaninchen täglich 15 Minuten dauernde Bäder von 45° C. Genaue Mundtemperaturmessungen ergaben Steigerungen von 1—2°. 8 Tage nach Beginn der Bäder Heilungsbeginn, keine Spir. mehr nachzuweisen. Völlige Heilung nach 14 Tagen. Überimpfung der Hodenextrakte ergaben keine Infektion. Der Verlauf beim 3. Kaninchen, das keine heißen Bäder erhielt, war wie üblich. H. Colman-Berlin.

The Curability of Syphilis. An Experimental Contribution (Die Heilbarkeit der Syphilis. Ein experimenteller Beitrag), von A. M. Chesney und J. E. Kemp-Baltimore. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 12, S. 905.) Die intratestikuläre Verimpfung von Lymphdrüsen eines frisch Syphilitischen ergab ein positives Resultat. Bei beiden inokulierten Kaninchen entstand eine Orchitis syph. Ebenso verursachte das Gelenkpunktat desselben Patienten eine syphilitische Orchitis bei Kaninchen. Der Spirochätenstamm dieses Patienten konnte 2 Jahre lang fortgezüchtet werden und erwies sich als äußerst virulent. Er befindet sich zur Zeit der Veröffentlichung in der 21. Generation. Nach Behandlung während eines Jahres Rückgang aller klinischen und serologischen Erscheinungen und nach einem weiteren behandlungslosen Beobachtungsjahr wurden erneut Lymphdrüsen exzidiert und auf Kaninchenhoden überimpft. Jetzt absolut negatives Ergebnis. Das gleiche Resultat bei zwei weiteren Fällen behandelter Lues. Verff. empfehlen, mit der Methode an großem Patientenmaterial zu erforschen, wie weit sie sich zur Entscheidung der Ausheilung der Lues bei dem einzelnen Patienten eigne.

F. Jacobsohn-Berlin.

Wege der Übertragung der Infektion bei kongenitaler Syphilis, von E. Wolfsohn. (Westnik Sowremennoi Medicin, 1927, Nr. 12.) Eine literarische Übersicht.

A. Jordan-Moskau.

d. Serologie

Spirochätenextrakt und Spirochätenimmunserum, von F. Klopstock-Berlin-Dahlem. (D. m. W., 1927, Nr. 30, S. 1261.) Verf. teilt aus seinen Protokollen zwei Versuchsreihen mit, aus denen hervorgeht, daß Spirochätenextrakt in gleicher Weise wie Original-Wassermann-Extrakt und Chol.-Rinderherz-Extrakt zur Komplementbindungsreaktion geeignet ist. Ferner ist es Verf. gelungen, ein Pferd mit einem Spirochätenstamm zu immunisieren und ein hochwertiges Immunserum zu gewinnen, das noch in 100facher Verdünnung mit Organextrakten und in 200facher Verdünnung mit Spirochätenextrakt stark positiv reagiert. Es agglutiniert den verwandten Spirochätenstamm bis zu einer Verdünnung von 1:1000. Die Versuche bestärken Verf. in der Auffassung, daß es Spirochätensubstanzen sind, die die syphilitische Blutveränderung bewirken.

F. Harry-Wiesbaden.

Die Müller-Ballungs-Reaktion, eine neue Reaktion zur Syphilisdiagnose, von J. Franz, Bakt. Untersuchungsanst. Dresden. (D. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1047.) Der Vorzug der Ballungsreaktion soll nach den Angaben Müllers darin bestehen, daß sie empfindlicher als alle anderen bisherigen Methoden ist, ohne an Spezifität einzubüßen, und daß die Resultate bei geringem Serumverbrauch objektiv leicht abgelesen werden können. Als Nachteil bezeichnet er die etwas längere Reaktionsdauer und die Schwierigkeit der Extraktbereitung. Der Extrakt wird in der Weise hergestellt, daß man Rinder-

Digitized by Google

herz, fein zerkleinert, im Verhältnis 1:30 mit 96%igem Alkohol versetzt (eine Gewichtseinheit = 30 Volumeneinheiten), 18 Stunden bei 56° extrahiert und nach 48 Stunden Zimmeraufenthalt filtriert. 30 ccm Stammextrakt verdünnt man mit 0,5%iger Cholesterinlösung und engt die Mischung in graduierten Abdampfzylindern auf 8 ccm ein. Darauf erfolgt sturzartiges Eingießen des eingeengten Extraktes in 5 ccm 0,9%iger NaCl-Lösung und dazu rascher Zusatz von 50 ccm NaCl-Lösung aus einem zweiten Becherglas. Die Zeitspanne zwischen 1. und 2. Verdünnung muß genau 1—1½ Sekunden betragen und die Kochsalzlösung muß genau die Temperatur 17—17½° haben. Dann füllt man den verdünnten Extrakt in Eprouvetten und läßt ihn verkorkt 18—24 Stunden im Thermostat von 56° stehen. Es dürfen nur völlig klar kolloidal gebliebene Extrakte verwendet werden. Der Cholesterinzusatz wird in der Weise bestimmt, daß man z. B. zu 30 ccm Extrakt 7,5, 8,8, 5,9 ccm einer ½%igen Lösung zusetzt und die Dosis wählt, die nach neunstündigem Brutschrankaufenthalt bei Syphilis große, lockere, gelatinöse Ballen entstehen läßt. In den Proben mit zu niedrigen Cholesterindosen entstehen Bröckel. Normale Sera müssen bei richtig gewählter Dosis völlig klar bleiben, nur ausnahmsweise darf eine zarte Trübung entstehen. Ist die Cholesterindosis zu hoch, so sind Normalsera trüb und Luessera schwächer in der Reaktion. Zur Ausführung der Reaktion gibt man zu 3 Tropfen inaktiviertem Serum 0,3 ccm Antigen, stellt die Eprouvetten für 9 Stunden in den Brutschrank und läßt sie noch 9 Stunden bei Zimmertemperatur stehen. Nach dieser Zeit liest man ab. Mächtiger gelatinöser Ball mit oft dichterem dunkelgelbem Kern in klarer Flüssigkeit bedeutet Stärke 4, Ballen verschiedener Größe in zart getrübter Flüssigkeit Stärke 3, zarte Ballung oder zarte, wolkige Flockung Stärke 2 und zarte Ballung nach 9—15stündigem Zimmeraufenthalt Stärke 1. Zur Liquoruntersuchung nimmt man 9 Tropfen Liquor und 0,1—0,3 ccm Extrakt. Die Nachprüfung ergab eine Überlegenheit der MBR in 222 Fällen = 8,88% aller Fälle. Sie wird früher positiv und bleibt es länger als die anderen serologischen Reaktionen. Unspezifische Resultate gab es in 1,1% bei Gesunden und Leichtkranken, in 2,3% bei nichtluetischen Allgemeinkranken und Graviden und in 4% bei Tuberkulose und akuten fieberhaften Erkrankungen. F. Harry-Wiesbaden.

Exposé des résultats obtenus par l'emploi de différentes méthodes sérologiques (Hecht, Wassermann et Vernes) (Zusammenstellung der mittels verschiedener serologischer Methoden erhaltenen Resultate [Hecht, Wassermann und Vernes]), von E. Techoueyres und Pillement. (Presse méd., 1927, Nr. 41, S. 641.) 1926 wurden in Reims 1937 Seren nach Hecht und WR parallel untersucht, 832 andere Seren außerdem auch noch nach Vernes. Es folgen nähere Einzelheiten über die angewendete Technik. — Bei den 832 Seren sind in allen drei Reaktionen 799 übereinstimmende Resultate, die restlichen 33 Seren sind mit klinischen und serologischen Daten in einer Tabelle zusammengestellt; bei 30 Seren mit klinisch luetischen Daten zeigt die Vernessche Reaktion leichte Flockung, während die WR negativ ist, Hecht ist in 5 Fällen empfindlicher als die WR, doch weist diese Reaktion bei 13 Seren Eigenhemmung auf.
S. Habermann-Prag.

Verbesserte Apparatur für Anstellung und Beurteilung der Wassermannschen Reaktion, von W. Heimann, Städt. Krkhs. Stettin. (D. m. W., 1927, Nr. 27, S. 1144.) Die Apparatur besteht aus einem Ablesungsspiegel und einem Block von je 4 Ständern für je 16 Röhrchen, die in eine Trage fest hineinpassen. Die 4 Ständer einer Einheit werden alternierend ineinandergeschoben und können fest in der Trage zusammengefaßt, gemeinschaftlich geschüttelt werden. Die Reagenzgläser sind 10 cm lang und haben einen Durchmesser von 16 mm. Die Ablesung erfolgt durch Einsetzen in den Ablesespiegel, in dem durch ein System von 3 Spiegeln sowohl der Durchblick gegen einen schräg dahinter befindlichen Spiegel als auch freie Übersicht der Glasböden im Bodenspiegel ermöglicht ist. Durch einen vorderen Spiegel wird das volle Licht auf Röhrchen und Spiegel geworfen. Die Apparatur gestattet 16 Röhrchen = 4 Reaktionen mit einem Blick zu übersehen. Sie wird von der Firma A. Dargatz-Hamburg, Pferdemarkt 66, hergestellt. F. Harry-Wiesbaden.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tageseg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Bulle, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

r. 51 (Bd. 85) 17. Dezember 1927

Aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Rille)

Zur Kasuistik der Lentiginosis profusa

Von

Priv.-Doz. Dr. Oskar Kiess

Mit 2 Abbildungen im Text

Lentigines in geringerer oder größerer Anzahl, mehr regionär angeordnet oder über den Körper zerstreut, sind bei älteren Kindern und erst recht bei den Erwachsenen ein fast regelmäßiger Befund, während sie in den ersten Lebensjahren und besonders im Säuglingsalter durchgehend nur sehr spärlich vorhanden sind. Wenn daher Fälle beobachtet worden sind, bei denen der Körper mit Linsenflecken wie übersät gefunden wurde, so bilden sie eine ungewöhnliche Ausnahme. Von Darier sind sie deswegen auch mit der Bezeichnung „Lentiginose profuse" besonders herausgehoben worden. Sie bedeuten eine schwere äußere Entstellung des betroffenen Individuums, scheinen aber glücklicherweise mitunter nicht von Dauer, sondern der Rückbildung bis zum fast völligen Schwinden fähig zu sein. Außerdem können solche Fälle zu interessanten differentialdiagnostischen Erwägungen führen, so daß Anlaß genug gegeben ist, hier näher auf einen einschlägigen und besonders eigenartigen Fall einzugehen.

Vorgeschichte: Sieben Monate alter Knabe; zeitlicher Beginn der Fleckenbildung ganz plötzlich vor einem Vierteljahr, örtlicher im Gesicht und auf dem behaarten Kopfe. Bisher ständige, in der letzten Zeit verlangsamte Zunahme. Familienanamnese ohne Besonderheiten.

Befund: Gut entwickeltes Kind in bestem Ernährungszustand. Innere Organe, Drüsen, Schleimhäute usw. o. B. (Abb. 1.)

Der gesamte Körper, besonders die obere Partie und der Rücken, sind mit kleinen, nirgends über linsengroßen Fleckchen und Knötchen bedeckt. Am stärksten befallen sind der Rücken bis herab zu den Oberschenkeln, der Hinterkopf und die Seitenflächen des behaarten Kopfes, die Stirn und hier besonders wieder die Stirnhöcker; auch die Augenlider und Ohren sind nicht verschont, doch nimmt die Aussaat der Effloreszenzen von hier ab bis auf den Hals und besonders auf dem Vorderteil des Stammes sichtlich ab, wie überhaupt auch auf allen befallenen Partien außer auf Hinterkopf und Rücken eine deutliche Abnahme an Zahl von oben nach unten festzustellen ist.

Die Oberextremitäten sind entschieden weniger mit diesen Hautblüten bedeckt als die unteren, und Handteller, Handrücken und Fußsohlen sind überhaupt völlig frei geblieben. Während die Rückseite des Stammes hinsichtlich der Anzahl der Effloreszenzen gegenüber der Vorderseite weit überwiegt, besteht dieser Unterschied auf den Extremitäten nicht. Ebenso wenig ist ein Unterschied zwischen rechter und linker Seite.

Die Farbe der Flecken schwankt zwischen der der normalen umgebenden Haut bis zu braunschwarz und schwarz; doch ist diese letztere Färbung im allgemeinen nur auf den allergrößten Knötchen zu beobachten, und weiterhin ist zu bemerken, daß die pigmentierten Stellen über die unpigmentierten namentlich an dem Stamme und der

Digitized by Google

Extremitäten merklich überwiegen. Im Gesicht und auf dem behaarten Kopfe besteht dieser auffallende Unterschied nicht. Die Form schwankt zwischen der einfacher Flecken, nur bei genauester Palpation feststellbaren leichten Erhabenheiten und deutlichen

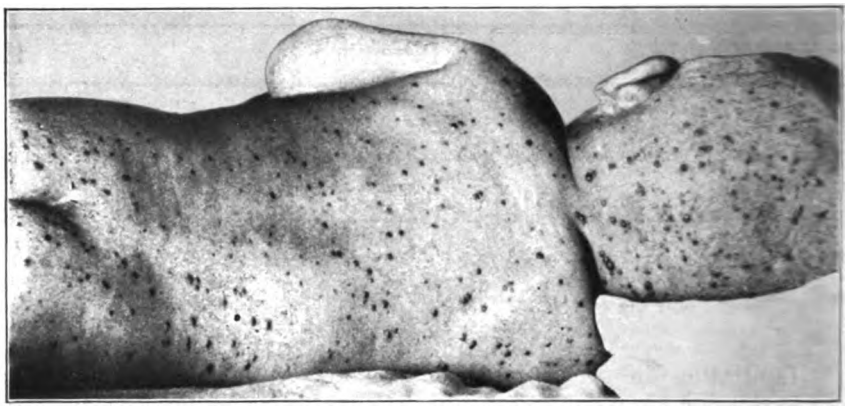


Abb. 1. Strichförmige Anordnung der Knötchen auf dem Nacken. Spindelförmige Effloreszenzen auf den Seitenflächen des Stammes

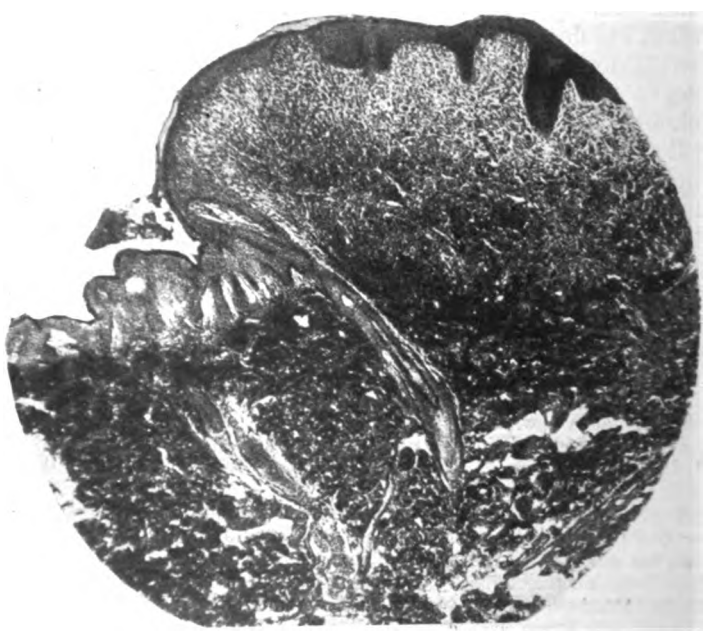


Abb. 2. Im Knötchen diffuses, von oben nach unten zunehmendes Infiltrat aus Naevuszellen und Naevusriesenzellen

1—2 mm über das Hautniveau hervorspringenden Knötchen. Meist sind sie rundlich oder oval; daneben finden sich aber noch, und zwar am deutlichsten auf den Seitenflächen des Stammes, spindelförmige, 1 mm dicke und bis zu 3 mm lange, deutlich erhabene Elemente, die parallel den Rippen angeordnet sind. Sie sowie die Knötchen weisen bei der Betastung eine mäßige aber deutliche Konsistenzvermehrung auf. Neben dieser

Digitized by Google

linienförmigen findet sich auch eine streifenförmige Anordnung auf dem Nacken und gruppenförmige auf den Stirnhöckern.

Die Oberfläche der Effloreszenzen ist fast durchgehend glatt und glänzend; doch finden sich daneben noch andere, deren Oberfläche entweder etwas gefältelt ist oder anscheinend eine zentrale Eindellung, mitunter auch an dieser Stelle eine derbere, an einen kleinen Hornkegel oder Hornspitze erinnernde, ziemlich festsitzende Schuppe aufweist. Beim Anspannen der Haut verschwand jedoch diese Einziehung vollständig. Irgendein Inhalt ließ sich aus keiner dieser Effloreszenzen herausdrücken, und die Auflagerung erwies sich nur als einfaches Schüppchen.

Weiterer Verlauf: Das Kind wurde auf Wunsch der Eltern unbehandelt entlassen. Bei der zweiten, vier Monate später stattfindenden Nachuntersuchung stellte sich ein merklicher Rückgang der Effloreszenzen an Zahl und eine ebensolche Abflachung heraus, ein Umstand, der auch den Eltern und dem behandelnden Arzt aufgefallen war. Daneben bestand besonders auf dem behaarten Kopf und im Gesicht sowie auf der Oberfläche des Stammes und den Oberarmen ein Ekzema acutum papulosum et squamosum.

Probeexzision: Im Schnitt polymorphe Naevuszelleninfiltration in der Pars papillaris der Kutis bis an die Epidermis heran, von dieser nach unten zu an Dichte zunehmend. Zahlreiche Naevusriesenzellen. Zwischen den Naevuszellen ein feinfaseriges Bindegewebe. Basalschicht stellenweise und ebenso stellenweise die überliegenden Stachelzellenschichten sehr stark pigmenthaltig. Im Bereiche der Naevusstellen, aber nur in den oberen Schichten und auch hier wechselnd, reichlich scholliges Pigment mehr interstitiell als intrazellulär. Keine Infiltration längs der Gefässe (Abb. 2).

Vergleichsweise seien hier in aller Kürze die bisher beschriebenen Fälle aufgeführt:

1. Darier. 10jähr. Mädchen mit Lentiginose profuse der Extremitäten; Entstehung der Pigmentmäler nach einer Roseola (?) im 6. Lebensjahr; erst gelbe, dann braune bis schwarze Flecke. Nach 12 Jahren fast völliges Verschwinden oder nur mehr kaum sichtbare Flecke.

2. Balzer, Gaucher und Milian. Krankenwärterin; Beginn mit 29 Jahren am radialen Rand der Hände; Ausbreitung auf Hände und Fingerrücken; die linsenförmigen Flecke überall verstreut, nur auf den Handrücken, Fingern und Unter- und Oberarmaußenseiten ziemlich dicht gedrängt. Ein einziger Fleck auf der linken Palma. Sehr dicht um den Mund herum mit Übergreifen auf die Schleimhaut der Lippen und auf den oberen Lidern. Stecknadelkopf- bis linsengroß. Auf den Armen nach oben an Größe abnehmend. Rund und ovalär. Milchkaffeefarben, sepiabraun oder schwarz; an Xeroderma pigmentosum erinnernd.

Nach einem Monat leichtes Abblassen der Pigmentierungen auf der rechten Hand.

Hyperpigmentierung nur im Stratum Malpighie der Epidermis, und zwar in der basalen und den ihr aufgelagerten Schichten. Nur auf den Seitenflächen der interpapillären Zapfen. Feinste Pigmentkörner intrazellulär und in den Interstitien; diese stellenweise wie injiziert. In der der Epidermis benachbarten Kutis keine verstreute Pigmentierung, sondern nur dicht infiltrierte Zellen. Diese spärlich, bindegewebszellenähnlich, oder mit Pigment beladene Leukozyten. Nahe der Epidermis an Ranviers Klasmatozyten erinnernde Zellen.

3. Audry. 13jähr. Mädchen; vor 18 Monaten zufällig bemerkt; Beginn mit dunkelbraunem Fleck auf der rechten Brustseite; ein Monat später Zunahme der Flecken. Befallen ist auf der rechten Thoraxseite die Haut abwärts von der rechten Brustwarze bis zu den falschen Rippen, die rechte Achselhöhle, die linke untere Hälfte der Vorderseite des Stammes, der Rücken, die Lumbal- und Inguinalgegend. Drei bis vier Pigmentnaevi auf dem Thorax; Flecken und Naevi tiefsepiabraun; Flecken sehr zart; scheinbar sehr oberflächlich, in oder gleich unter der Epidermis; in Resorption begriffenen Purpuraeffloreszenzen ähnlich; höchstens stecknadelkopfgroß, nie linsen-, eher sternförmig. Auf der Mitte der Oberschenkel kleinste, knotige, schwarze, glänzende Erhebungen.

4. Jordan. 9jähr. taubstummes Mädchen; seit der Geburt; Rumpf und Extremitäten; Gesicht und Hände frei. Mikroskopisch typischer Pigmentnaevusbefund. Infiltration um die stark gefüllten Kutisgefäße.

5. Haushalter. Generalisierte Lentiginosis bei einem Soldaten.

6. Almkvist I. 33jähr. Mann; seit frühester Kindheit massenhaft braune Flecken auf den Schultern und auf dem Rücken; während der späteren Knabenjahre auch auf Gesicht und Händen; hier jedoch wieder verschwunden. Deutlicherwerden der Flecken im Sonnenbad ohne Vermehrung der Zahl. Hanfsamengroß, graubraun, dicht gesät, fast

Digitized by Google

konfluierend auf Schultern und oberem Rücken, verstreut auch auf Stamm und Extremitäten; Gesicht, Hände, Füße frei.

7. Almkvist II. 23jähr. Mann. Seit frühester Kindheit braune Flecken an den Achseln, anderen Stellen des Rumpfes und den Extremitäten; unverändert geblieben; Sonnenlicht ohne Einfluß, jedoch nach verlängertem Sonnenbad hellere Flecken im Gesicht, stecknadelkopf bis kaum hanfsamengroß.

8. Almkvist III. Lentiginosis papulosa profusa mollusciformis.

Die angeführten Fälle zeigen im allgemeinen wenig Einheitliches. Was die Lokalisation anbetrifft, so sind es bisher nur die Handteller und Fußsohlen, die fast stets verschont geblieben sind, mit der einzigen Ausnahme nur einer Effloreszenz auf der linken Palma bei B., G. u. M.[1]). Weiter werden das Gesicht und die Hände von Audry, Gesicht, Hände und Füße von Almkvist (I) als frei besonders hervorgehoben. Auch in allen übrigen Fällen scheint dies der Fall gewesen zu sein, da sie unter den affizierten Stellen nicht mit angeführt worden sind. Andererseits ist es in unserem Falle gerade das Gesicht, das kaum an einer Stelle verschont geblieben ist, und die Abbildung, die Darier nach der Moulage von B., G. u. M. in der Pratique dermatologique gibt, weist eine intensive Beteiligung eben der Handrücken bis auf die Fingergrundphalangen auf. Während sonst in allen Fällen sämtliche Schleimhäute intakt gefunden wurden, sind es wieder B., G. u. M., die ein Übergreifen der Flecken von der Haut auf die Lippenschleimhaut beobachteten.

Hinsichtlich Farbe und Konsistenz sind die Angaben weniger differierend. Hier finden wir Übergänge von hautfarben, gelblich, braun, sepiabraun, graubraun bis grauschwarz und schwarz. Diese Schwankungen in der Färbung stehen bei dem Einzelindividuum wohl mit dem zeitlichen Bestehen der Effloreszenzen und mit ihrer Größe in gewissem Zusammenhange.

Die Konsistenz ist eine auch schon bei geringerer Erhabenheit mäßig vermehrte.

Konnten in manchen Fällen scheinbar nur Flecken, z. B. Almkvist I und II, festgestellt werden, so muß doch wohl für alle anderen eine Kombination von Knötchen und Flecken angenommen werden, die entsprechend unserer Beobachtung regellos untereinander gemischt gewesen sind. Genaue Hinweise darauf fehlen. Anders bei Audry. Er gibt ausdrücklich an, daß er auf dem Stamme nur kleinste Flecken bei seiner Patientin feststellen konnte, daß sich aber und allein auf der Mitte der Oberfläche kleinste knotige, schwarze, glänzende Erhabenheiten gefunden hätten.

Die Umrisse der Hautblüten sind scharf abgesetzt, durchgehend rundlich oder ovalär, linsenförmig. Doch gibt es auch hier Ausnahmen. Audry weist darauf hin, daß die von ihm beobachteten Flecken nie linsen-, sondern eher sternförmig gewesen seien. Und bei uns waren die Effloreszenzen namentlich auf den Seitenflächen des Stammes deutlich spindelförmig (Abb. 1). Die Größe schwankt zwischen Stecknadelkopf-, Hanfsamen- und Linsengröße. Größere und kleinere Effloreszenzen sind für gewöhnlich regellos durcheinandergemischt, doch wissen B., G. u. M. von einer Größenabnahme der Neubildungen auf den Extremitäten von unten nach oben zu berichten.

---

[1]) B., G. u. M. = Balzer, Gaucher und Milian.

Digitized by Google

Abweichungen weist auch die Oberflächenbeschaffenheit der Knötchen auf. Im allgemeinen glatt und glänzend, war sie bei ALMKVIST (III) und uns auf einer Anzahl deutlich zentral eingedellt und bei manchen wiederum im Zentrum mit einer trockenen derben Schuppe besetzt. Noch andere waren leicht gefältelt. In beiden Fällen wurde festgestellt, daß bei allen Effloreszenzen dieser Art beim Anspannen oder Drücken die Einnabelung völlig verschwand. Auch gelang es nicht, durch Druck oder nach Abschabung der Oberfläche wiederum auf Druck aus diesen Knötchen einen besonderen Inhalt zu enthalten.

Zeitlich waren die Lentigines bei JORDAN schon seit der Geburt, bei ALMKVIST (I u. II) seit der frühesten Kindheit vorhanden, und auch in unserem Falle waren sie schon im 4. Lebensmonat in Erscheinung getreten. Bei DARIER hatten sie sich im 6., bei AUDRY im 12., und bei B., G. u. M. im 30. Lebensjahre eingestellt. Entsprechend DARIERS Fall, bei dem nach 12 Jahren AUDRY das fast völlige Verschwinden der Effloreszenzen oder nur mehr oder weniger hervorstechende Flecken feststellen konnte, wurde eine spontane Rückbildung der vorhandenen Effloreszenzen auch in unserem Falle bei der letzten Nachuntersuchung mit Sicherheit festgestellt. AUDRY spricht in seinem Falle nur von einem gewissen Abblassen der Fleckchen auf der rechten Hand nach einem Monat. ALMKVIST erwähnt hierzu in der Anamnese zu seinem ersten Falle, daß während der späteren Knabenjahre Flecke auch im Gesicht und auf den Händen vorhanden gewesen, während des Heranwachsens jedoch wieder verschwunden wären.

Auf die beiden Geschlechter sind die Fälle, soweit Angaben darüber vorhanden sind, ungefähr gleich, 5 : 4 verteilt.

Mit anderen Hautblüten waren die Lentigines nur selten vermischt; AUDRY führt noch 3—4 Pigmentnaevi auf dem Thorax an, und bei ALMKVIST (II) muß doch wohl das Vorhandensein von Epheliden angenommen werden, wenn er neben im Sonnenlicht unverändert bleibenden Effloreszenzen noch nach starken Sonnenbädern im Gesicht auftretende hellere Flecke erwähnt. Bei B., G. u. M. und uns traten interkurrent je ein seborrhoisches und ein akutes Ekzem auf. Die Anordnung der Hautblüten ist meist eine völlig regellose, doch sind die am stärksten befallenen Stellen häufig derart mit den Neubildungen übersät, daß dadurch gegenüber den mit nur vereinzelten Effloreszenzen bedeckten Stellen eine gewisse Gruppierung entsteht. Bei uns kommt noch eine Anordnung in kurzen Streifen und Linien hinzu.

Auf den oben beschriebenen histologischen Befund noch einmal näher einzugehen erübrigt sich. Soweit Untersuchungen vorliegen (DARIER, ALMKVIST, JORDAN, B., G. u. M.) lautet der Befund einfach: typischer Naevus pigmentosus (ALMKVIST), Pigmentkörner in der basalen Schicht und im Korium, Infiltration in der Umgebung der erweiterten Koriumgefäße, Vorhandensein von Naevuszellen (JORDAN), für Lentigo typischer Aufbau (DARIER). Abweichend ist allein die Ansicht von B., G. u. M. über die Art der im Korium befindlichen pigmenthaltigen Zellen. Ihr übriger Befund entspricht völlig dem der übrigen Autoren. Eine Infiltration um die Kutisgefäße wird nur von JORDAN erwähnt. Trotz der histologischen Ähnlichkeit seines Falles mit einem Naevus pigmentosus

Digitized by Google

hält er doch und grade auf Grund seiner Beobachtung die Aufstellung einer besonderen Lentigo neben Ephelis und Naevus pigmentosus spilus, entsprechend der französischen Schule, für berechtigt. Wir können uns dieser Ansicht unter Berücksichtigung unseres Falles nicht anschließen und rechnen die Lentigo ebenso wie Darier und Almkvist zu den Naevi, wenn auch die verhältnismäßig häufige Neigung zur Spontanrückbildung (3mal bei nur 8 Fällen) etwas ungewöhnlicher ist und sonst bei den Naevi nur äußerst selten festgestellt wird.

Auslösende Ursachen für das plötzliche Entstehen der Effloreszenzen in den hier angeführten Fällen sind nicht ersichtlich.

Von besonderem Interesse ist die Differentialdiagnose, die sich in erster Linie bei starkem Befallensein der unbedeckt getragenen Körperstellen auf das Xeroderma pigmentosum erstreckt. Die völlig unveränderte Haut zwischen den Pigmentflecken und die infolge der fehlenden Depigmentierungen und Gefäßerweiterungen auch fehlende Buntscheckigkeit entscheiden.

Besonders unser Fall und der von Almkvist (III) legen infolge der zentralen Eindellung eine Verwechslung mit dem Molluscum contagiosum so nahe, daß wir zuerst auch daran dachten, zumal bei dieser letzten Dermatose häufiger die basale Einschnürung, eine deutliche Einnabelung und Pfropfbildung, namentlich bei jungen Effloreszenzen fehlen kann. Ein M. c. giganteum (Kaposi), das nach Rille übrigens ein Bromexanthem war, kommt natürlich nicht in Betracht. Weil jedoch nach Anspannung der Knötchen die Eindellung bei den Lentigines völlig verschwindet und sie auch auf Druck nicht die weißliche, weiche Masse der Molluskumeffloreszenzen entleeren, sind auch hiermit die Unterscheidungsmerkmale gegeben.

In Fällen, wo nur Flecken vorhanden sind, kommen vergleichsweise auch die Epheliden in Betracht, wie von Jordan für seinen Fall und für die Fälle I und II von Almkvist auch von Moberg erwähnt worden ist. Almkvist begründete seine Diagnose damit, daß die vorhandenen Flecken konstant das ganze Jahr durch vorhanden waren, und daß sie nicht, wie es bei Sommersprossen der Fall hätte sein müssen, im Winter abzublassen oder zu verschwinden pflegten.

Weiter wären noch Beobachtungen zu berücksichtigen, wie sie z. B. von Hudelo, Jay und Caillau publiziert worden sind. Bei diesen handelte es sich um eine 45jähr. Frau mit in kurzer Zeit auf Stamm, Abdomen, Gliederansätzen, Achselfalten und Genitalien entstandenen, zu mehreren Hunderten unregelmäßig verstreuten oder in Gruppen zu 15 bis 20 zusammengetretenen, halbkugeligen, festen, weißlichen, gelblichen und rötlichen, glatten, nicht gedellten, an der Basis nicht eingeschnürten Knötchen, die sich histologisch als Adenoma sebaceum erwiesen. Die verschiedene Färbung und die teilweise Eindellung, der lange unveränderte Bestand der Effloreszenzen und ihre allmähliche Ausbreitung lassen ein sekundär luetisches, papulöses, lentikuläres Exanthem beim Fehlen jeglicher weiterer syphilitischer Erscheinungen am Kinde selbst und an den Eltern sowie bei negativem Ausfall der WR leicht ausschließen.

Die unterschiedliche Farbe der Knötchen und der Beginn im 1. Lebensjahre kann andererseits dazu Veranlassung geben, an eine Urticaria pig-

Digitized by Google

mentosa papulosa zu denken, doch sind hier der fehlende Beginn der Flecke und Knötchen als Quaddeln und die ebenfalls fehlende Reizbarkeit auf kräftiges Kratzen hin für die Diagnose maßgebend.

Ebenfalls eine nur ziemlich entfernte Ähnlichkeit besteht endlich mit dem Lichen ruber planus, soweit die gedellten Knötchen in Betracht kommen. Fehlender Juckreiz, abweichende Färbung, Polymorphie der vorhandenen Effloreszenzen und ihre besonders zahlreiche Anordnung im Gesicht und besonders auf dem behaarten Kopfe ergeben zusammen die unterscheidenden Kennzeichen.

Nicht so ganz abwegig dürfte auch der Gedanke an einen Morbus Recklinghausen sein. Hier fehlen aber zur Vervollständigung für die letztere Diagnose die Intelligenzverminderung, soweit beim Kinde feststellbar, die Beteiligung der Antezendenz, die großen Pigmentflecken, ist ungewöhnlich die starke Beteiligung des behaarten Kopfes und Gesichts und das reichliche Vorhandensein der Knötchen. Nichts beweist dagegen das Fehlen der eigentlichen Recklinghausenschen Tumoren, die sich ja gewöhnlich erst nach der Kindheit überhaupt zu entwickeln pflegen.

Nach den obigen Ausführungen besteht wohl kein Zweifel, daß es sich hier um einen instruktiven Fall von Lentiginosis profusa handelt. Almkvist möchte für seinen Fall, mit dem der unsrige eine große Ähnlichkeit besitzt, die Bezeichnung Lentigo papulosa profusa mollusciformis in Vorschlag bringen, „da er beschreibend das Krankheitsbild sehr gut kennzeichne. Doch möchte er die ohnehin schon an Mangel der Bezeichnung für die einzelnen Krankheitsbilder nicht leidende Dermatologie um eine weitere nicht bereichern".

Als zu unsichere Fälle wurden nicht mit verwertet:

1. Finnerud: Lentigo (generalisierte). Hals, Stamm, Extremitäten. Am stärksten auf Hinter- und Seitenflächen des Halses, wo auch Beginn. Innerhalb von 6 Monaten, dann der Stamm, noch später Ober-, Unterschenkel, Arme. Streichholzkuppen- bis erbsengroß, verstreut, rund, oval, unregelmäßig gestaltet, hellbraun. Gesicht, Hände, Füße, Schleimhäute frei. Eventuell netzförmige Atrophie nach Abheilen auf Hals und Schultern.

Diskussion: Gans: Vitiligo?

2. Sidlick: Lentigo auf bedeckten Körperstellen: 11jähr. Mädchen; Pigmentflecken sind gelbbraun gefärbt, stecknadelkopf- bis zehnzentstückgroß. Neue Flecken in unregelmäßigen Zwischenräumen.

Diskussion: Brown, Schamberg: Morbus Recklinghausen.

Literatur

1. Darier, 1. Lentiginose profuse. La Prat. derm., Paris 1902, Bd. 3, S. 466–68. 2. Mélanoses, mélanoses et mélanosarcomes. Bull. de la soc. franç. de derm., 1925, Jg. 32, Bd. VII., S. 23–27; ref. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1926, Nr. 16, S. 238. — 2. Balzer, Gaucher und Milian, Lentige mélanique. Ann. de Derm. et de Syph., 1897, Jg. 3, Bd. 8, S. 1106–09. — 3. Audry, Sur un cas de Lentigo infantile profus. J. des mal. cutan. et syph., 1903, Jg. 6, Bd. 15, S. 481. — 4. Jordan, Lentigo profusa Darier. Derm. W., 1921, Nr. 73, S. 883. — 5. Haushalter, Bull. s. Darier, 1924, Jg. 31. — 6. Almkvist, 2 Fälle usw. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Nr. 22, S. 320. — 7. Hudelo, Jay und Caillau, Adénomes sébacés multiples disséminés sur tout le corps à l'exception de la face. Bull. s. Darier, 1926, Jg. 33, S. 615 ff. — 8. Siemens, Beiträge zur klinischen Kenntnis der Lentigines. Arch. f. Derm., Nr. 152, S. 372ff. — Finnerud, Arch. of Derm. and Syph., 1927, Nr. 1, S. 373. — Sidlick, Arch. of Derm. and Syph., 1922, Nr. 5, S. 287.

Digitized by Google

Aus der Dermatologischen Universitätsklinik in Bern (Direktor: Prof. NÄGELI)

Lupussarkom

Von

Dr. med. ADRIEN SCHOCH

Mit 2 Abbildungen im Text

Das Entstehen von Karzinomen auf lupösem Boden ist relativ häufig und bildet den Gegenstand zahlreicher Arbeiten. Hingegen gehört die Entwicklung eines Sarkoms auf einem Lupus zu den allergrößten Raritäten. Diese Tatsache bestimmt uns zur kurzen Veröffentlichung des nachstehenden Falles:

Ch. W., 54jähr. Säger.

Anamnese: Die Eltern starben sehr früh an unbekannten Krankheiten. Patient hatte keine Geschwister. Frau und zwei Kinder leben und sind gesund. Ein Sohn starb im Alter von 24 Jahren an Meningitis, die sich im Anschluß an eine Lungentuberkulose entwickelt hatte. Von Krebs oder Hautkrankheiten ist in der Verwandtschaft nichts bekannt.

Der Patient selber war mit Ausnahme eines Typhus im Alter von 20 Jahren nie ernstlich krank. Eine besondere Neigung zu Katarrhen oder Anginen war nicht vorhanden. Er gibt an, relativ leicht zu schwitzen, besonders nachts. Seine Temperaturen hat er nie gemessen. Das Gewicht blieb über Jahre ungefähr konstant. Der Appetit war immer normal.

Sein Hautleiden fing vor 25 Jahren an. Zuerst bemerkte er auf der rechten Halsseite eine Drüsenschwellung, die bald zu fisteln anfing und ausgekratzt werden mußte. In ununterbrochener Folge traten neue Pakete auf, in den Supraklavikulargruben, unter dem linken Kieferwinkel, hinten im Nacken, so daß sich der Patient seit jener Zeit immer mehr oder weniger in den Händen von Ärzten und zeitweise von Quacksalbern befand. Er wurde im Laufe der vielen Jahre denn auch mit allem Möglichen und Unmöglichen, wie Inzisionen, Auskratzungen, örtlichen Jodinjektionen, Arsenpillen, Lebertran, Tuberkulininjektionen, Salben, Umschlägen mit verschiedenen Flüssigkeiten oder Kräutern, Tees usw. behandelt.

Es mag etwa $1^1/_2$ Jahr her sein, als sich, an der immer am stärksten befallenen rechten Halsseite, von einem der Skrophuloderme aus die oberflächlicheren Hautherde auszudehnen begannen. Die Drüsenschwellungen traten in den Hintergrund, eine serpiginöse Affektion mit papillomatös wucherndem Granulationsgewebe kroch in relativ rascher Evolution auf die rechte Wange und Schulter und über den Nacken auf die linke Halsseite hinüber. Trotz Behandlung, diesmal nur innerlich mit Tropfen und Pulvern, ließ sich das Fortschreiten nicht hemmen. Vielmehr traten auch am Rücken und an den Oberarmen, die bisher frei gewesen waren, vereinzelte Herde auf. Noch alarmierender wurde der Zustand, als sich unter Abnahme des Körpergewichts und allgemeinem Mattigkeitsgefühl über dem rechten Sternokleidomastoideus, mitten im abheilenden Gewebe, ein kleines Knötchen bildete, das sich in rapidem Wachstum im Laufe von nur 4 Wochen zu einem apfelgroßen Tumor entwickelte. Vor einigen Tagen verordnete der neuerdings konsultierte Arzt eine Höntgensitzung. Die jetzt eintretenden, heftigen Schmerzen bewogen den Patienten zum Eintritt in unsere Klinik.

Allgemeinstatus: Magerer, krank und alt aussehender Mann. Gesicht, Gehör, Mundschleimhäute normal. Kleine Struma nodosa. Thorax rechts etwas schmaler als links. Respiratorische Exkursionen ergiebig und symmetrisch. Lungen: rechts vorn unten leichte Dämpfung, daselbst verlängertes Exspirium. Perkussion und Auskultation sonst o. B. Herz, Leber, Milz, Genitale, Wirbelsäule, Extremitäten, Reflexe normal. Kein Eiweiß noch sonstige pathologische Bestandteile im Urin.

Hautstatus: Die im ganzen ziemlich symmetriche Affektion ist hauptsächlich rings um den Hals, ausschließlich der Submentalregion, und an den Wangen und Ohren lokalisiert. Der untere Rand wird gebildet

Digitized by Google

vorn durch die Klavikulae, seitlich durch die Akromio-Klavikulargelenke, hinten von einer Linie, die von diesen aus in einem nach unten konkaven Bogen durch den oberen Rand des 6. Halswirbels geht. Die obere Grenze läuft vorn seitlich den horizontalen Kieferästen entlang. Etwas vor den Kieferwinkeln greift die Erkrankung auf die Wangen über, und zwar rechts etwas ausgedehnter als links, um dann, beide Ohren einbeziehend, hinter denselben durch, streng der Haargrenze folgend, sich in den Nacken hinunterzuziehen. Der ganze untere Rand und vom oberen die Nackenpartie ist mehr oder weniger wallartig erhaben, mit dicken, gelblichen Krusten belegt und gegen das Gesunde zu ziemlich scharf abgesetzt. Nach innen zu nehmen Wall und Krusten weniger steil ab und verlieren sich langsamer und unregelmäßig in den narbigen Anteil der Affektion. Diese Narbe, die an den Wangen und vorn am Kiefer allmählich in die normale Haut übergeht, ist überall glatt, mit nur wenigen kranken Stellen durchsetzt. Die Infiltration ist überall an den abgeheilten Bezirken eine deutliche, die Haut darüber ist atrophisch, der Muskelzug entsprechend fein gefältet, weißlich. Das durchscheinende Gewebe ist rötlich und zeigt besonders unter dem Diaskop stellenweise eine graue bis gelblich-braune Nuance. Die Pigmentbildung ist seitlich am Hals sehr ausgesprochen, zum Teil punkt-, zum Teil mehr fleckförmig. Unter dem Kiefer und in beiden Supraklavikulargruben finden sich tiefe, narbige Einziehungen, von früheren Fisteln herrührend. Die Ohren, besonders das rechte, sind an den Rändern stark ausgenagt. Das Phänomen des Sondendruckes ist an den noch erkrankten Stellen überall klassisch. Neben diesem ausgedehnten Hauptherd finden sich auf dem Rücken und am linken Oberarm mehrere abgeheilte Stellen. Sie sind länglich-oval, 2—3 cm lang bzw. breit, zum Teil typische Keloide, einige, je nach ihrem Alter, weiße, flache oder leicht eingezogene, andere hochrote, leicht erhabene Narben (Abb. 1).

Abb 1. Polymorphzelliges Sarkom auf serpiginös-hypertrophischem Lupus

Daneben zieht nun ein etwa apfelgroßer, unmittelbar unter dem rechten Ohrläppchen sitzender Tumor den Blick auf sich. Seine Oberfläche ist schmierig-eitrig belegt und außerordentlich leicht blutend. Die regionären Drüsen sind, soweit nicht bereits durch die langjährigen Entzündungsprozesse, Fistelbildungen und Inzisionen fibrös geschrumpft, etwas vergrößert und schmerzhaft.

Digitized by Google

Die Differential-Diagnose schwankte nach diesem klinischen Bilde zunächst zwischen serpiginös-hypertropischem Lupus mit Karzinom und tubero-serpiginöser, lupoider Lues mit Karzinom. Gegen Hauttuberkulose sprach eingentlich nur das fast vollständige Fehlen zentraler Rezidive in den früh befallenen Stellen.

Zur Abklärung des Falles wurden vorerst die serologischen und biologischen Hilfsmittel beigezogen. Die Reaktionen nach Wassermann, Sachs-Georgi, Meinicke und Vernes im Blut ergaben übereinstimmend ein negatives Resultat. Von den Tuberkulin-Reaktionen waren Pirquet rein stark positiv, 1:10 positiv, und 1:100 schwach positiv; Mantoux 1:5000 stark positiv, 1:1000 positiv, Moro 50%ige Salbe 3 Minuten stark positiv. Luetin, Trichophytin, Sporotrichin und Kochsalzlösung mit Phenol intradermal ergaben alle eine gleich starke unspezifische Reizung der Haut. Die Lumbalpunktion zeigte einen Druck von 120, eine Zelle pro Kubikmillimeter, Nonne-Apelt und WR waren negativ. Alle diese Befunde sprachen gegen Lues und für Tuberkulose. Zugleich wurde mit Spitaleintritt zwecks Ausschließung der Syphilis eine Jodkali-Kur begonnen, zuerst 4 g täglich, ansteigend bis 6 g pro Tag, die in der Folge auf das Exanthem keinen Einfluß hatte (Abb. 2).

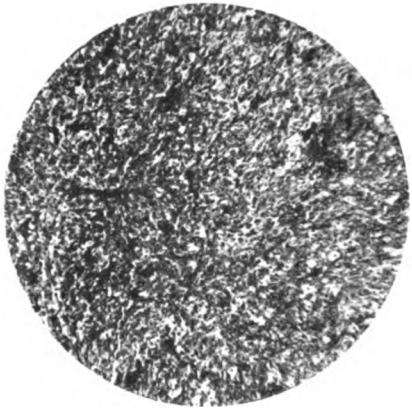


Abb. 2. Exzision vom Tumor, Alkoholfixation, van Giesonfärbung

Histologischer Befund: Das Material wurde vom Rande der Affektion und vom Tumor entnommen. Herrn Prof. Wegelin vom pathologischen Institut verdanken wir bestens die Durchsicht der Präparate und die Ergänzungen unserer Protokolle.

Histologie der Randpartien: Das auf große Strecken stark parakeratotische Epithel ist von großen Epitheloidzellnestern durchsetzt. Die Papillen sind unregelmäßig, zum Teil verdickt, zum Teil ganz abgeflacht und verdünnt. In der Kutis und Subkutis finden sich außerordentlich massige Infiltrate von epitheloiden und Rundzellen, besonders Lymphozyten, neben typischen Tuberkeln mit zahlreichen Langhansschen Riesenzellen, Epitheloidzellen und Lymphozytenwall. Die Plasmazellen sind relativ spärlich. An einzelnen Stellen, besonders in den oberflächlichen Schichten, ist starkes interzelluläres Ödem vorhanden. Die Lymphspalten sind stark vergrößert, die Gefäße ebenfalls erweitert. In den Entzündungsherden liegen stellenweise ziemlich reichlich polynukleäre Leukozyten. Die elastischen Fasern sind stark vermindert oder fehlen ganz. Nirgends zeigt sich Verkäsung.

Die Diagnose Lupus stand also, unserer Erwartung entsprechend, fest.

Um so mehr aber waren wir erstaunt über den histologischen Befund unseres vermeintlichen Karzinoms: Der Tumor besteht aus ungleich großen, z. T. spindeligen, z. T. polymorphen Zellen, zwischen denen spärliche Interzellularsubstanz vorhanden ist. Die Zellen sind verschieden groß. Das Protoplasma ist meist hell, die Kerne sind bläschenförmig, meist hell, der

Digitized by Google

PROPERTY OF THE ROCKEFELLER INSTITUTE

Chromatingehalt wechselt, Mitosen sind ziemlich reichlich, die Kerne hier und da sehr groß, einzelne Stellen weisen Blutungen und nekrotische Partien auf. Zwischen den größeren Zellen mit ovalen oder rundlichen, bläschenförmigen Kernen finden sich hier und da schmale, spindelförmige Zellen mit dunklen, länglichen Kernen und stärker färbbarem Protoplasma, die bald einzeln, bald in kleinen Bündeln liegen. Ferner ist das Tumorgewebe von ziemlich spärlichen Kapillaren durchzogen und an vielen Stellen sehr stark von Lymphozyten durchsetzt; in manchen Teilen des Tumors finden sich auch zahlreiche eosinophile Leukozyten. Die meisten Kerne weisen einen Durchmesser von 10—12 Mikren auf, einzelne jedoch erreichen einen Durchmesser von 15—20 Mikren; ferner sind vereinzelte Riesenzellen mit mehreren bläschenförmigen Kernen, die das Zentrum der Zelle einnehmen, vorhanden. Die Kerne besitzen in der Regel 1 bis 2 Nukleolen. Die elastischen Fasern fehlen im Tumor. Nirgends läßt sich Pigment nachweisen. Die Zellen zeigen nicht strangförmige Anordnung, wie dies bei Karzinomen der Fall ist. Ohne jeden Zweifel handelt es sich um ein polymorphzelliges Sarkom.

Die definitive Diagnose bei unserem Falle lautete somit: polymorphzelliges Sarkom auf serpiginös-hypertrophischem Lupus oder, wie ich in Analogie zum Lupuskarzinom vorschlagen möchte: Lupussarkom.

Über die seltene sarkomatöse Degeneration tuberkulöser Herde im allgemeinen berichten insbesondere die Chirurgen (Sauerbruch, Perthes, Beck, Marsch, Pels-Leusden u. a.). Dabei handelt es sich meistens um Sarkomentwicklungen auf intensiv geröntgter Tuberkulose, Fälle, die also zu einem nicht unwesentlichen Teil in das Kapitel der Röntgenschädigungen hineingehen.

Viel spärlicher noch sind die Mitteilungen über Sarkome und Hauttuberkulose. Als erster berichtet Tauffer über ein Sarkom auf narbig-lupösem Boden. Sein Patient zeigte inmitten eines alten Lupus mehrfach aufschießende Knötchen, die mit dem Messer und Paquelin entfernt werden mußten. Nach der dritten Rezidivoperation wurde eins dieser Gewebsstücke mikroskopisch untersucht, und der Tumor erwies sich als ein Epitheliom. Der Operationsdefekt wurde nach Thiersch gedeckt. Etwa ein Jahr später trat neben diesem implantierten Lappen, der normal angewachsen war, ein neuer Knoten auf, der sich rasch vergrößerte, schmerzhaft wurde und neuerdings eine Exstirpation verlangte. Das histologische Bild zeigte diesmal ein Spindelzellsarkom mit Riesenzellen. Die Richtigkeit dieser Deutung als Sarkom wurde von Jadassohn akzeptiert, von Lewandowsky bezweifelt. Soweit wir nach der Beschreibung und den Abbildungen Tauffers urteilen können, ist der Tumor in der Tat als Sarkom zu bezeichnen.

Seither ist nur noch ein einziges einwandfrei nachgewiesenes und histologisch belegtes Sarkom auf einer Hauttuberkulose einer genauen Beschreibung gewürdigt worden, und zwar von Diss und Levy[1]). Es

[1]) Der Vollständigkeit halber erwähnen wir den Fall B. aus Pels-Leusdens Bericht in der Gesellschaft der Charité-Ärzte in Berlin, Sitzung vom 14. Juni 1904, über drei ohne Erfolg mit Röntgen und Finsenlicht behandelte Fälle „Lupus im Gesicht, wobei sich unter der Behandlung ein Sarkom entwickelte", und die Demonstration von Arndt, in der Berliner Dermatologischen Gesellschaft, Festsitzung vom 30. Oktober 1926. „50jährige Frau. Lupus seit 30 Jahren bestehend. Tumor (Sarkom) seit 4 Monaten entwickelt. Pirquet ++++."

Digitized by Google

handelt sich um ein Leiomyosarkom, das sich bei einer Frau auf einem seit 15 Jahren bestehenden Lupus an der Wange entwickelt hatte, trotz Röntgenbestrahlung rapid zunahm, und unter Kachexie zum Exitus führte.

Bei der Unabgeklärtheit, die noch über der Tumorgenese herrscht, hat es wenig Wert, sich über die Entstehungsmöglichkeiten des beschriebenen Sarkoms auf lupösem Boden auszulassen. Ich erinnere hier nur an interessante Erhebungen von EHRLICH, BASHFORD, JENSEN u. a., wonach beim Tier verimpfte Krebszellen gelegentlich keinen Krebs, sondern eine Sarkomgeschwulst erzeugten. Man dachte zur Erklärung an metaplastische Umwandlungen der Tumorzellen und besonders an ausgelöste Reizwirkungen, welche jetzt eigenartigerweise das Stroma zur malignen Wucherung bringen sollten. Irgend eine geklärte Einsicht liegt aber bis heute nicht vor. Wir können wohl verschiedene Wachstumstoffe vermuten, müssen aber zugeben, daß wir sie nicht kennen. Ebensowenig kennen wir die Faktoren, welche einerseits das charakteristische, schrankenlose, maligne Wachstum vermitteln und andererseits bestimmend im Spiele sind, daß die Wucherung einmal das epitheliale und ein anderes Mal das Bindegewebe betrifft.

In bezug zu unserem Thema bleibt wohl vorläufig nichts anderes übrig, als die bloßen Tatsachen zu registrieren, nämlich daß auf lupösem Gewebe relativ häufig maligne Tumoren entstehen und daß diese dann meistens der Karzinomgruppe zugehören, ganz ausnahmsweise aber zu Sarkomen führen können.

Literatur

1. ARNDT, Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 21, S. 555. — 2. BECK, A., M. m. W., 1922, S. 623. — 3. BECK, A., D. Zschr. f. Chir., 1924, Bd. 186, S. 255. — 4. DISS, A. et GEORGES LÉVY, Bull. de la soc. franç. de derm., 1924, Réunion de Strasbourg, S. 108. — 5. JADASSOHN, Mraček's Handb. d. Hautkrkh., 1907, Bd. 4, I. Hälfte, S. 323. — 6. LEWANDOWSKY, Die Tuberkulose der Haut, 1916. S. 124. — 7. MARSCH, Zbl. f. Chir., 1922, Nr. 29, S. 1057. — 8. PELS-LEUSDEN, M. m. W., 1904, S. 1325. — 9. PERTHES, Langenbecks Arch. f. kl. Chir., Bd. 74, S. 422. — 10. SAUERBRUCH, Fortschr. d. Röntgenstr., Bd. 31, S. 317. — 11. TAUFFER, E., Virchows Arch., 1898, Bd. 151, Suppl., S. 272.

Aus dem Verbande der Vereinigten Bezirkskrankenkassen in Lemberg

Symmetrische gummöse Erkrankung der Parotis- und Submaxillardrüsen. Orchitis luetica sinistra

Von

Dr. H. MIERZECKI, Hautarzt des Verbandes

Mit 3 Abbildungen im Text

Anamnese: Michal B. wurde uns zwecks Behandlung und Feststellung der Diagnose zugewiesen. Der Kranke gab an, daß er im Juli 1923 ein kleines Geschwür am Dorsum penis bemerkt hat, welches lokal mit Salben behandelt wurde. Bis Oktober 1925 fühlte er sich wohl und erst um diese Zeit bemerkte er in der linken Submaxillardrüsengegend eine schmerzlose Geschwulst, die sich allmählich in der Richtung der Parotisdrüse vergrößerte. Im Februar 1926 stellte er eine Schwellung der Submaxillar- und Parotisdrüsengegend fest, wobei ihn zugleich eine Schwellung des linken Hodens auffiel. In Monaten Juli und August 1926 wurde der Kranke zweimal mit Röntgenstrahlen erfolglos

Digitized by Google

behandelt. Die Schwellungen der einzelnen Drüsen zeigten keine Involution, im Gegenteil, sie vergrößerten sich und deshalb wurde der linke Hoden entfernt. Die histologische Diagnose (s. unten) lautete: Orchitis luetica.

Der Kranke stammt aus einer gesunden Familie. Die Eltern sind im hohen Alter gestorben. Er selber erkrankte während des Krieges an Typhus abdominalis, war aber sonst nie erheblich krank gewesen. Vor zwei Jahren heiratete er, seine Frau abortierte zweimal (im sechsten und siebenten Monat).

Status praesens: Gut gebauter Mann, von gutem Ernährungszustand. Die Krankheitserscheinungen betreffen die Gegend der Parotisdrüsen, der Submaxillardrüsen und des linken Hodens. Das Gesicht ist beträchtlich entstellt infolge der symmetrischen Schwellung, die in der Gegend des Ohrläppchens beiderseits beginnt und bis zum Unterkieferwinkel reicht. Die ganze Unterkiefergegend ist prall geschwollen. Die Haut der Parotis- und der Submaxillargegend ist gespannt über die Geschwulst, gut verschieblich ohne irgend welche pathologische Absonderheiten. In der Parotisgegend fühlt man zu beiden Seiten eine harte, hühnereigroße, schmerzlose Geschwulst; in der Gegend der Submaxillardrüse dagegen fühlt man beiderseits einen höckerigen, faustgroßen Tumor. Am Hodensack sieht man eine Operationswunde, nach der Exstirpation des linken Hodens.

Eine eingehende Untersuchung der inneren Organe sowie der Sinnesorgane läßt keine nennenswerten Abweichungen von der Norm erkennen.

Die serologische Blutuntersuchung sowohl nach WASSERMANN wie auch nach SACHS-GEORGI war stark positiv.

Die Blutuntersuchung nach ARNETH SCHILLING ergab: neutrophile Polynukleäre 62 (59 segmentkörnige, 3 stabkörnige), Basophile 0,20, Eosinophile 2,0, Lymphozyten 29.5, Monozyten 4.

Abb. 1

Zur mikroskopischen Untersuchung wurde je ein Gewebsstück der Testis und der Parotis exzidiert. Die histologische Untersuchung (im Pathologisch-Anatomischen Universitätsinstitut, Frl. Dr. SCHUSTER) ergab:

Parotis: In dem zur Untersuchung gelangten Material haben wir es mit einem typischen, etwa erbsengroßen Gumma zu tun. Im Zentrum des Gummas sieht man ausgedehnte Nekrose, die umgeben ist von einem Wall entzündlicher Infiltrate, die aus Rundzellen, einzelnen Riesenzellen und reichlichen Fibroblasten bestehen. Der Rand des Gummas bildet eine breite Zone von fibrösem Bindegewebe, welches weiterhin zwischen die Drüsenläppchen der Parotis hineinwuchert und dieselben voneinanderdrängt. Zwischen den Drüsenläppchen sowie auch zwischen den einzelnen Drüsen findet man ebenfalls Rundzelleninfiltrate. Das Drüsengewebe selbst scheint in der allernächsten Umgebung des Gummas etwas degeneriert, weiterhin aber gut erhalten und funktionsfähig zu sein, aber auch hier findet man einzelne entzündliche Infiltrate.

Testis: In dem Präparat von der Testis finden wir auch ein Gumma, welches viel größer als in der Parotis, ungefähr haselnußgroß ist. Im Zentrum desselben haben wir es gleichfalls mit einer ausgedehnten Nekrose zu tun, am Rande mit zelligen Infiltraten, bestehend aus Rundzellen, stellen-

Digitized by Google

weise ziemlich reichlichen Riesenzellen und Fibroblasten. Ein breiter Wall von Bindegewebe grenzt das Gumma von Testisparenchym ab und wuchert in die einzelnen Drüsenläppchen hinein. Auch hier findet man zellige Infiltrate. In einer Stelle des Präparates finden wir ein großes Blutgefäß mit starker Intimawucherung und verengtem Lumen (siehe Abb.). Das Testisgewebe ist in der Umgebung des Gummas degeneriert sonst, aber noch ziemlich gut erhalten.

An unserem Falle sind folgende Momente besonders bemerkenswert. Die Veränderungen betreffen beiderseits die Parotis, Submaxillardrüsen und einseitig den Hoden. Die Veränderungen sind gummöser Natur. Der Verlauf ist chronisch und gutartig. Das Allgemeinbefinden nicht gestört. Die Krankheitserscheinungen entwickeln sich langsam und schleichend zuerst in der linken Submaxillar- und Parotisdrüse, nachher in der rechten Submaxillardrüse und rechten Parotisdrüse, endlich im linken Hoden, bei Abwesenheit anderer syphilitischer Manifestationen.

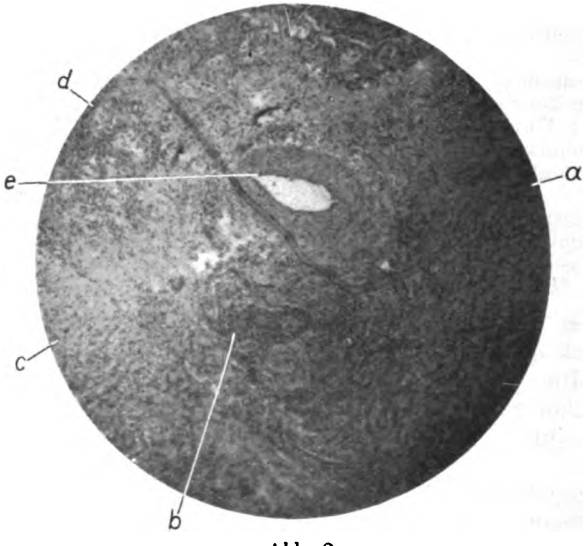


Abb. 2

a = Nekrotisches Zentrum. b = Zellige Infiltrate und Riesenzellen. c = Fibröses Gewebe. d = Testparenchym. e = Luetisch verändertes Gefäß

Was den histologischen Befund anbetrifft, haben wir es in beiden Organen, sowohl in den Speicheldrüsen wie auch im Hoden, mit typischen Gummas zu tun, die sich im interstitiellen Gewebe entwickelt haben und im Zentrum ausgedehnte Nekrose aufweisen. Der Unterschied besteht nur darin, daß das Gumma der Parotis kleiner ist als das Gumma der Testis, wobei das Drüsengewebe sowohl der Parotis wie auch der Testis verhältnismäßig gut erhalten und noch funktionsfähig zu sein scheint.

Das histologische Bild der luetischen Affektionen der Speicheldrüsen ist nicht einheitlich, einmal betrifft der Prozeß ausschließlich nur das interstitielle Bindegewebe, in anderen Fällen hauptsächlich das Drüsenparenchym (Gerber). Unser Fall erinnert am meisten an den Fall von Grawitz mit den verkästen zentralen Kernen des Drüsenparenchyms. Während aber Grawitz dieselben nur in der Parotis fand, konnten wir dasselbe Bild auch in der Testis aufweisen. Wenn die Speicheldrüsen ziemlich selten luetisch affiziert sind, so ist die luetische Erkrankung des Hodens als Begleiterscheinung der luetisch erkrankten Speicheldrüsen eine sehr seltene Erscheinung. Gerber fand in der Literatur kaum 15mal

Digitized by Google

die Parotis und 4mal die Submaxillardrüse tertiär luetisch geschädigt. Alleinstehend aber sind die zwei Fälle MOHRS, in denen sowohl die Parotis wie auch die Submaxillardrüsen und der Hoden luetisch affiziert waren; jedoch stützt sich der erste Fall auf eine syphilitische Periostitis, der zweite Fall dagegen auf einen antiluetischen therapeutischen Effekt bei einem 48jähr. Mann, der kurz nachher an einer Karzinosis gestorben ist. In beiden Fällen sind entsprechende anamnestische Daten einer syphilitischen Infektion wie auch die Seroreaktionen und der histologische Befund nicht erwähnt.

In unserem Falle war die serologische Reaktion des Blutes positiv, die Anamnese einer luetischen Infektion erbracht und der gummöse Charakter der regionär entfernten Drüsen histologisch festgestellt.

Die Spirochaeta pallida besitzt eine Affinität für sämtliche Organe und somit auch für die Speicheldrüsen. Nichts Besonderes liegt also in der syphilitischen Schädigung dieser Organe. Interessant jedoch ist die Koinzidenz der luetischen Manifestationen in unserem Falle.

Die Diagnose der Parotitis luetica kann bei Abwesenheit anderer syphilitischer Manifestationen auf große Schwierigkeiten stoßen können, sie kann mit der gewöhnlichen entzündlichen oder epidemischen Parotitis verwechselt werden, sie ist meist doppelseitig, die Schwellung diffuser, gleichmäßig vielfach mit Hodenentzündung kombiniert (GERBER). Die Hodenentzündung ist meist einseitig.

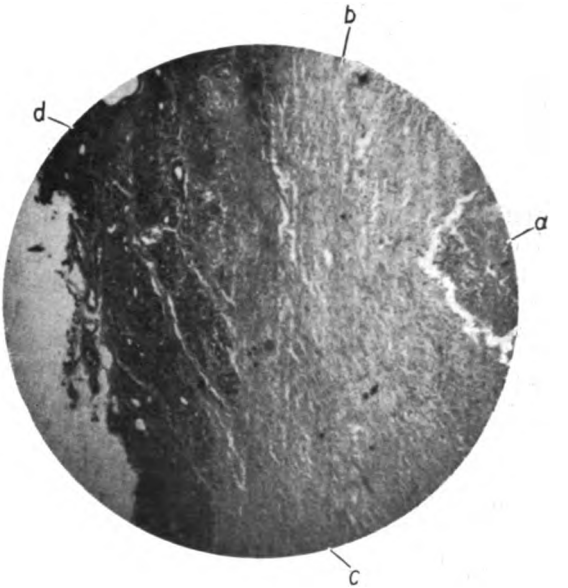


Abb. 3
a = Nekrotisches Zentrum. b = Zellige Infiltrate. c = Fibröses Gewebe. d = Parotisparenchym

Diese eben diffuse Schwellung, mit einer einseitigen Hodenentzündung kombiniert, konnten wir gerade in unserem Falle feststellen.

Auf Grund des klinischen Bildes selber kann also eine Unterscheidung dieser ganz verschiedenen Krankheiten nicht immer stattfinden.

Die Beziehungen der Genitalorgane zu den Speicheldrüsen ist ja längst bekannt. In der älteren französischen Literatur finden wir die Beobachtungen LAGRANGE über die periodische Parotisschwellung während der Menstruation und HARKINS während der Gravidität. Eine Komplikation der epidemischen Parotitis ist ja, wie bekannt, nicht nur der Hoden, aber auch die Schamlippen und die Brüste können als solche beim Weibe zum Vorschein kommen.

Digitized by Google

Die sekundäre Parotitis finden wir wohl im Verlaufe verschiedener Infektionskrankheiten, wie Typhus, Scharlach, Cholera usw. Alleinstehend ist die Parotitis epidemica und Parotitis luetica mit ihren Komplikationen in den Genitalorganen. Der Weg, auf welchem diese pathologische Korrelation der entfernten Organe stattfindet, ist uns unbekannt. Die Affinität des Drüsengewebes selber, die vielleicht bei der Infektion eine gewisse Rolle spielt, kann uns doch dieses pathologische Problem nicht lösen. Die Ursache dieser Koinzidenz beziehungsweise der Korrelation dieser pathologischen Erscheinungen liegt vielleicht in der gegenseitigen innersekretorischen Beziehung der Speicheldrüsen und des Hodens.

Die Beeinflussung der Sexualmerkmale durch eine Hodenerkrankung ist wohlbekannt. Wohlbekannt aber und hervorgehoben wird der Einfluß des lädierten Hodens auf den gesamten Stoffwechsel und auf Organe und Gewebe, die mit dem Hoden in keinem sichtbaren Zusammenhange stehen. Dieser Einfluß soll durch Inkrete der Drüsen hervorgerufen werden. Ein Versiegen der inneren Sekretion geschädigter Drüsen scheint einen schädigenden Einfluß auf entfernte Organe und Gewebe auszuüben, und geschädigte Organe sind einer Infektion leicht zugänglich.

Die Syphilis ist, wie bekannt, eine chronische Infektionskrankheit, deren Erreger eine Affinität für sämtliche Organe und Gewebe zeigt, bei denen jedoch die Schädigung der Organe als eine prädisponierende Ursache der Ansiedlung des Virus öfters festgestellt wurde. Bekannt sind ja die sekundären und tertiären Erscheinungen nach Tätowierung, Trauma, ja sogar nach intramuskulären Hg- und Bismutinjektionen.

Gerechtfertigt scheint daher die Annahme zu sein, daß die infolge der innersekretorischen Wechselbeziehung hervorgerufenen Störungen eine prädisponierende Ursache syphilitischer Schädigungen regionär entfernter Drüsen — und in unserem Falle Parotis, Submaxillardrüsen und Hoden — bilden können.

Wenn auch die einseitige Hodenentzündung nur als Komplikation der Parotitis epidemica und der seltenen Parotitis luetica festgestellt wurde, so klingt es ziemlich wahrscheinlich, daß infolge einer pathologischen Korrelation auch andere Infektionserreger eine Schädigung der Speicheldrüsen und des Hodens hervorrufen können, und daß somit eine gleichzeitige pathologische Veränderung dieser Drüsen nicht als spezifisch für die Parotitis epidemica bezeichnet werden muß. Priv.-Doz. Dr. Reis spreche ich für die mikrophotographischen Aufnahmen meinen besten Dank aus.

Literatur

Neumann, Arch. f. Derm., 1894. — Gerber und Finger, Jadassohns Handb. d. Geschlechtskrkh., Bd. 3. — Mohr, Zschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1913. — Biedl, Innere Sekretion; Buschke und Jost, Syphilis und endokrines System. Zbl. f. Haut- u. Geschlechtskrkh., Bd. 23.

Digitized by Google

Aus dem Laboratorium für angewandte Chemie und Pharmazie (Direktor: Geh.-Rat PAAL) und aus der Dermatologischen Klinik der Universität Leipzig (Direktor: Prof. Dr. RILLE)

Beiträge zur Kenntnis der Bukkoblätter (Fol. Bucco)

Von

Priv.-Doz. Dr. ERNST DEUSSEN

Geschichtliches

Die Bukkoblätter (auch Bukku-, Buku- und Buchublätter genannt) scheinen von den Eingeborenen Südafrikas seit langem als Wundmittel und bei Blasenkrankheiten gebraucht worden zu sein. Von Kapstadt aus gelangten sie 1820 über London in den europäischen Handel. 1825 wurden sie durch JOBST in Deutschland eingeführt und erfreuten sich bis gegen 1880 eines gewissen Ansehens bei den Ärzten; später jedoch ging die Anwendung der Droge stark zurück. In England und Amerika wurde sie nach Angaben von JARDIN lange vor 1877 als eiterwidriges Mittel bei Erkrankungen der Harnorgane durch THOMPSON, COULSON, TEEVAN, GOWLEY empfohlen. Gegen die eben genannten Leiden wandte die Bukkoblätter zuerst JARDIN in Paris an (1877). In England und Amerika sollen sie sich immer noch einer Beliebtheit bei den Ärzten erfreuen. — Ein Bestandteil der Bukkoblätter, das flüchtige Öl, wurde erstmalig von R. BRANDES 1827 dargestellt; ein anderer Bestandteil, das Hesperidin, fand man zunächst in unreifen Orangen, Pomeranzen, Zitronen und Limonen. FLÜCKIGER (1873) war es, der den Bau der Bukkoblätter untersuchte, nachdem früher (1854—1856) OUDEMANS auf die Schleimschicht dieser Blätter aufmerksam gemacht hatte. Die darin befindlichen Hesperidinkristalle scheint als erster SHIMOYAMA im FLÜCKIGERschen Institute (1888) nachgewiesen zu haben.

Botanisches

Als Stammpflanze der Bukkoblätter kommen mehrere Barosma-Arten (zu den Rutazeen-Diosmeen gehörig) in Betracht; nach ENGLER gibt es deren 15 in Südafrika. In den Handel gelangen hauptsächlich folgende: Barosma betulina Bartl., B. crenulata Hook. und B. crenata Eckl. et Zeih.; diese Arten liefern die breitblättrige Sorte, die schmale lange dagegen Barosma serratifolia Willd.[1]). Diese genannten Barosmaarten finden vorzugsweise Anwendung in der Medizin; in Handelsdrogen trifft man unter Umständen auch noch andere Arten an, wie Barosma Eckloniana Bartl. et Wendl., B. ericifolia Andr., Empleurum serrulatum Ait., Diosma fragrans („Klip-buchu"), Psoraleaarten (Leguminosen). Die Blätter dieser letzteren Arten bezeichnet man als falsche Bukko- (Bukku-) blätter. SHIMOYAMA (1888) beschreibt die Blätter von Barosma betulina, crenulata, crenata, serratifolia, alba und Empleurum serrulatum folgendermaßen:

B. betulina Bartl.: 1,4 cm lang, 0,8—1,2 cm breit, meist kurzgestielt, verkehrt eiförmig, an der Spitze gestutzt, mehr oder weniger zurückgerollt, am Rande unregelmäßig doppelt gesägt.

B. crenulata Hook.: bis 2,5 cm lang, bis 1 cm breit, kurzgestielt, ei-lanzettförmig, fein gesägt.

B. crenata Kze.: bis 1,8 cm lang, 0,5 cm breit, eiförmig, kurzgestielt, stumpf, fein gekerbt.

B. serratifolia Willd.: bis 1,5 cm lang, 0,4 cm breit, lanzettlich, kurzgestielt, stumpflich, am Rande gesägt.

B. alba: höchstens 1,5 cm lang und 0,15 cm breit, spitz, lanzettförmig, am Rande fein gesägt.

---

[1]) Das Wort Barosma wird sowohl sächlich wie weiblich gebraucht; ferner findet man an Stelle von Barosma auch Diosma, den Namen einer nahe verwandten Art, angegeben.

Digitized by Google

Empleurum serrulatum Ait.: unterschieden von den anderen Blätter durch die beträchtliche und hellere Färbung, bis 4 cm lang und 0,4 cm breit, schmal, lanzettlich, gespitzt, am Rande fein gesägt.

Die genannten Blätter besitzen an der unteren Fläche, in der Einbuchtung der Zähne, je einen größeren Ölraum und im Gewebe der Blattspreite selbst zahlreiche, unregelmäßig verteilte Ölräume, die im durchfallenden Licht sehr leicht erkennbar sind.

Seit etwa 1917 ist das Einsammeln und der Verkauf der Bukkoblätter in der Kapkolonie gesetzlich geregelt worden.

Bestandteile

Hesperidin

Wie erwähnt, wurde das Hesperidin zuerst in den unreifen Früchten der Orange, Pomeranze usw. (zu den Aurantiazeen gehörig[1]) aufgefunden. Folgende Forscher beteiligten sich an der Abscheidung und Reindarstellung dieser kristallinischen Verbindung: Brandes, Lebreton (1828), Widemann, Landerer, Jonas (1829), de Ury (1866), Dehn und W. Pfeffer (1874). Pfeffer machte auf die Sphärokristalle in reifen und unreifen Apfelsinen aufmerksam und wies in fast allen Teilen der Frucht und in Blattorganen des Baumes Hesperidin nach. Zur Darstellung der Verbindung zog er die zerquetschten Apfelsinen mehrmals mit verdünntem Weingeist unter Zusatz von wenig Kali aus; die Auszüge wurden mit Salzsäure angesäuert, das ausgeschiedene Hesperidin durch öfteres Wiederholen dieser Operation gereinigt. Hilger und Hoffmann (1876) erhielten die Verbindung in einer Ausbeute von 5—8% aus den unreifen Früchten der getrockneten bitteren Orange. Rein weiß erhielten sie das Hesperidin durch Auskochen mit essigsäurehaltigem Wasser. Durch 1%ige Schwefelsäure wurde es gespalten in Glykose und in eine andere kristallinische Verbindung, die sich durch Kali in Protokatechusäure, $C_6H_3(COOH)^{1}(OH)_2^{3,4}$, überführen ließ. Nach weiteren Untersuchungen von Tiemann und Will (1881) und Tanret (1887) läßt sich der Abbau des Hesperidins in folgendes Schema zusammenfassen:

Spaltstücke des Hesperidins

Hesperetin, $C_{16}H_{14}O_6$ — Glykose, $C_6H_{12}O_6$ + Rhamnose, $C_6H_{12}O_5 + H_2O$

Hesperetinsäure, $C_{10}H_{10}O_4$ (= m-Oxy-p-methoxy-Zimtsäure = Isoferulasäure) — Phloroglycin[2]), $C_6H_3(OH)_3^{1,3,5}$

Spica und besonders Shimoyama (1888) waren es, die sich mit dem kristallinischen Bestandteile der Bukkoblätter beschäftigten. Spica nannte ihn Diosmin, da er als Ausgangsmaterial die Blätter von Diosma (richtiger Barosma?) crenata benutzt hatte. Shimoyama war dagegen der erste, der mit Bestimmtheit auf einen Gehalt an Hesperidin in den Epidermis- und Schleimzellen der Bukkoblätter hinwies, und zwar mit folgenden Worten: „Bringt man Blätter von Barosma betulina in Alkohol und beobachtet nach einigen Tagen die bloßgelegte Epidermis, so sieht man in unregelmäßig vieleckigen, dicht anschließenden Zellen teils federartig, teils kugelförmig angeordnete Kristalle, welche einigermaßen an die Sphärokristalle des Inulins erinnern und sich als Hesperidin erwiesen. Sie sind unlöslich in Wasser und Alkohol, leicht löslich in Essigsäure und Kalilauge, in letzterer mit gelblicher Farbe." Die Löslichkeitsverhältnisse stimmen mit den Angaben von Hilger und Hoffmann überein; eine weitere Charakterisierung der beobachteten Hesperidinkristalle fehlt in der Arbeit von Shimoyama. Braemer (1894) und Zenetti (1895) beschäftigten sich genauer mit dem mikroskopischen Bau der Bukkoblätter und dem mikrochemischen Nachweis des Hesperidins (s. S. 1747) Spätere Untersuchungen von Tutin (1910) und von Oesterle und Kueny (1915) geben uns einen klareren Einblick in die Konstitution des Hesperetins. Tutin erteilt diesem im Gegensatz zu Tiemann und Will die Formel eines 2, 4, 6-Trioxyphenyl-3-oxy-4-methoxystyrylketons (Bruttoformel ebenfalls = $C_{16}H_{14}O_6$). Oesterle und Kueny gelang es, das

[1]) Endlicher hatte diese Familie in seinem System Hesperides genannt, deswegen die Bezeichnung Hesperidin; von Brandes und Landerer wurde der Körper zuerst (um 1829) Diosmin genannt. — [2]) „Phloroglucin" ist eine durch nichts gerechtfertigte Schreibart; das Wort „glycin" leitet sich vom griechischen γλυκύς = süß ab.

Digitized by Google

Hesperetin in ein Trioxymethoxyflavon überzuführen. Damit treten die Beziehungen des Hesperidins zu den Farbstoffen der γ-Pyronreihe, den Oxyflavonen, klar zutage; im Querzetin, einem Bestandteile der Bärentraubenblätter, haben wir eine Verbindung, die sich gleichfalls vom γ-Pyron ableitet[1]).

Tunmann (1915) gibt vom analysenreinen Hesperidin folgende Beschreibung. Es stellt mikroskopisch kleine, feine und farblose Nadeln dar vom Schm.-P. 252°, ohne Geschmack; Fehlingsche Lösung wird in der Kochhitze nicht reduziert, Zucker erst nach sechsstündigem Kochen mit verdünnter Schwefelsäure abgespalten. Die Verbindung löst sich leicht in Pyridin, langsam in kochender Essigsäure, löslich in verdünnten Alkalien mit gelber Farbe, unlöslich in Äther, Äther-Weingeist, Chloroform. Folgende Farbreaktion ist nach Tunmann charakteristisch für das Hesperidin. Wird 0,1 g Substanz mit 1 ccm konzentrierter Kalilauge bis zur Entfärbung der Masse erhitzt und dann mit Säure neutralisiert, so entsteht auf Zusatz von Eisenchlorid eine grüne Färbung, nach weiterem Zusatz von Ammoniak oder Sodalösung eine Färbung, die von grün nach blau und blaurot (rotviolett) übergeht. Diese Farberscheinungen beruhen auf der Bildung von Protokatechusäure (3, 4-Dioxybenzoesäure).

Physiologisch-Botanisches

Nach der anatomischen Beschreibung von Shimoyama (1888) liegen unter der Epidermis die schleimgebenden Zellen; in diesen sowohl wie in den Epidermiszellen befinden sich Hesperidinkristalle, die in lebenden Blättern fehlen. Auch Zenetti (1895) konnte nur im trockenen Blattmaterial von Diosma (wohl Barosma) alba, betulina und crenata solche Kristalle, und zwar in reichlichen Mengen, beobachten. Zenetti als auch Braemer (1895) machten die Hesperidinkristalle in den Zellen der Epidermisschicht durch Reagentien sichtbar, wozu sie 50%igen Weingeist mit einem Schwefelsäuregehalt von 5% benutzten. Das Hesperidin trat in Form von farnblattähnlichen Kristallen hierbei auf; wurde es dagegen zuerst in wäßrigem Alkali gelöst und darauf durch Säure gefällt, so erhielt es Zenetti als Sphärokristalle mit einem dichten hellglänzenden Kern von gelber Farbe und mit daransitzenden zarten spitzen Nadeln; auch als dünnere oder dickere Garben gekreuzter Nadeln kamen die Kristalle heraus. Ähnliche, aber nicht so ausführliche Versuche hatte W. Pfeffer schon 1874 angestellt; sein Material stammte aus Zitrusfrüchten. — Shimoyama und Flückiger nahmen in den Bukkoblättern eine schleimgebende Schicht an im Gegensatz zu Radlkofer (1875), der die stark verdickte innere Wandung der Epidermiszellen als Herd der Schleimbildung ansieht. Bemerkenswert ist die Beobachtung von Kramer (1917), daß Hesperidinkristalle in jungen Bukkoblättern überall im Gewebe angetroffen werden; je älter die Blätter, desto weniger Kristalle waren festzustellen. Bei den ältesten fand er sie nur in den Epidermiszellen der Ober- wie Unterseite. Leider gibt Kramer nicht an, welche Barosmaarten er daraufhin untersucht hat. Über die Rolle, welche Hesperidin im Blattorganismus lebender Pflanzen spielt, sind mehrere Ansichten geäußert worden. Tunmann (1909) vermutet, daß das Hesperidin die Aufgabe habe, das Phloroglyzin aus der Pflanze zu entfernen, z. B. beim Laubfall. Da Hesperidin häufig bei Sonnenpflanzen auftritt, in den Blättern größtenteils in den belichteten Epidermiszellen zu finden ist und bei einem reichlichen Gehalt in diesen den Zellsaft dick und gelblich macht, so neigt Tunmann zu der Annahme, daß diese Verbindung den Pflanzen bisweilen als Schutz gegen zu starke Belichtung dient (als Lichtfilter, als Dämpfungsschirm); er rechnet also das Hesperidin zu den Sekreten, obwohl es ausnutzbaren Zucker im Molekül enthält. Die gleiche Ansicht vertritt W. Himmelbaur (1914). Danach verhält sich das Hesperidin wie eine Schlacke des Stoffwechsels, es würde nicht mehr in den Stoffwechsel einbezogen. Himmelbaur beobachtete auch, daß durch Rauchschäden und durch Pukzinien (zu den Rostpilzen gehörig) erkrankte Pflanzen Mentha piperita und M. piperascens, die gleichfalls Hesperidinkristalle enthalten sollen, eine ungemein hohe Zunahme an dieser Verbindung aufweisen, während die Tätigkeit des Chlorophyllapparates herabgesetzt wird. Die Beobachtung Tunmanns, daß bei Zitrusarten und bei Hyssopus nach jahrelangem Lagern des Materials die Hesperidenkristalle erhalten bleiben, während sie bei Verbascum und Tilia zum größten Teil verschwinden, soll noch weiter untersucht werden. Nach den Angaben des gleichen Forschers enthalten auch die Blüten und Früchte der Barosmaarten, sowie die Epidermiszellen der Blumenblätter, der Kelchblätter und der Fruchtwand Hesperidin,

[1]) Näheres siehe diese Wochenschrift 79, 1310 (1924).

Digitized by Google

am gehaltreichsten war der Fruchtknoten. Schließlich mag auf den Mangangehalt hingewiesen werden, den JONES in den Blättern von Barosma crenata in ziemlich erheblicher Menge vorfand; ob das Metall aus dem Boden stammte, auf dem die Pflanze gewachsen war, bleibt noch ungewiß.

Flüchtiges Öl

Die Angaben über die Zusammensetzung des Öles aus den medizinisch wichtigen Blättern Barosma betulina, serratifolia und crenulata sind als ziemlich dürftige zu nennen. Über die 3 Öle ist folgendes bekannt geworden.

Barosma betulina

Die Blätter geben bei der Wasserdampfdestillation 1,3—2,5% Öl; schon bei Zimmertemperatur scheidet es Kristalle von Diosphenol (Bukkokampfer s. w. u.) ab. Der Gehalt an dieser Verbindung schwankt zwischen 17—30%; er wurde bestimmt durch mehrmaliges Ausschütteln des Öles mit 5%iger Natronlauge, worin Diosphenol als phenolartiger Körper löslich ist.

Barosma serratifolia

Der Ölgehalt der Blätter beträgt 0,8—1%. Eine kristallinische Ausscheidung von Diosphenol macht sich auch in der Kälte nicht bemerkbar, woraus auf einen geringen Gehalt des Öles an Diosphenol geschlossen werden kann.

Barosma crenulata

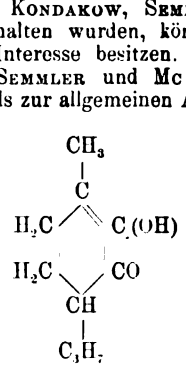
Ölgehalt der Blätter = 1,7%; das Öl von minzenartigem Geruch löste sich in 2,5 und mehr Volumenteilen 70%igen Weingeistes unter Abscheidung einer festen Substanz, die zum größten Teil aus Paraffin bestand und nur ganz wenig Diosphenol enthielt. Über das Öl aus Barosma crenulata scheint nur wenig Untersuchungsmaterial vorzuliegen.

Es ist anzunehmen, daß die Zusammensetzung der Öle aus den drei eben genannten Barosmaarten nach der quantitativen Seite eine verschiedene ist, und daß das Öl aus B. betulina den größten Gehalt an Diosphenol besitzt.

Zusammensetzung

a) Diosphenol = Bukkokampfer, $C_{10}H_{16}O_2$.

Diesen kristallinischen Bestandteil entdeckte 1879/1880 FLÜCKIGER und gab ihm den Namen Diosphenol. Seine Eigenschaften beschreibt er folgendermaßen[1]). Es sind farblose Kristalle von mehreren Zentimetern Länge, die dem monoklinen System angehören und das spezifische Gewicht 0.830 haben, leicht löslich in Weingeist, weniger in Äther und kaum in Wasser, etwas mehr in siedendem. Die Verbindung hat phenolartigen Charakter und gibt mit weingeistiger Eisenchloridlösung eine schmutziggrüne Färbung. Der Geruch ist ein minzeartiger, was zu den FLÜCKIGERschen Angaben hinzugefügt werden möge. Die Zusammensetzung wurde ziemlich gleichzeitig von SPICA (1888) und SHIMOYAMA zu $C_{10}H_{16}O_2$ ermittelt. Die verschiedenen Verbindungen, die von SHIMOYAMA und später von KONDAKOW, SEMMLER, CUSMANO, WALLACH, und ASAHINA aus dem Diosphenol erhalten wurden, können an dieser Stelle übergangen werden, da sie rein chemisches Interesse besitzen. Das wichtigste Ergebnis dieser Untersuchungen ist, daß die von SEMMLER und MCKENZIE 1906 aufgestellte Formel eines zyklisch hydrierten Ketophenols zur allgemeinen Annahme gelangte (WALLACH und WEISSENBORN, 1924):



[1]) Nach den Angaben von SHIMOYAMA.

Digitized by Google

PROPERTY OF THE BOTANICAL LABORATORY OF THE UNIVERSITY OF NIJMEGEN

Diosphenol (Bukkokampfer), Schmelzpunkt zu 83—84° und 82—83° gefunden. Das Diosphenol kommt im Öle teils frei, teils an eine Säure gebunden vor.

b) l-Menthon, $C_{10}H_{18}O$, Siedepunkt 208,5—209,5°.

c) d-Limonén, $C_{10}H_{16}$, Siedepunkt 175—176°.

d) Dipenten (= i-Limonén) in geringen Mengen.

Diese letzten 3 Bestandteile wurden von Kondakow in den Ölen nachgewiesen, die er selbst aus Blättern von Barosma betulina und B. serratifolia gewonnen hatte; er trennte die flüssigen Anteile, nämlich Menthon, Limonén und Dipenten, durch starke Abkühlung des flüchtigen Öles von den festen, dem Diosphenol. Daß Öle aus anderen Barosmaarten eine von den obengenannten verschiedene Zusammensetzung haben, zeigt das Beispiel des Öles aus Barosma venusta Eckl. et Zeih., das H. R. Jensen (1918) aus den trockenen Blättern in 1,1% Ausbeute erhalten hatte und frei war von Diosphenol.

Folgende Bestandteile wiesen Goulding und Roberts (1914) darin nach: Myrcen (43%), Methylchavikol, Linalool, Anisaldehyd und Sesquiterpene.

Aus den dürftigen Literaturangaben sieht man, daß für therapeutische Zwecke ein einheitliches Blattmaterial gefordert werden muß. Bei einer schwankenden Zusammensetzung von Naturprodukten wird auch der Heilerfolg ein schwankender sein. Die gleichen Verhältnisse finden wir bei den Kopaivabalsamen, Kubeben und Matikoölen. In meiner Abhandlung über Matikoöle in dieser Wochschrift, 1922, Bd. 74, S. 184, habe ich diese Mißstände berührt, worauf hingewiesen sein mag.

Physiologisch-Chemisches über Bukkoblätter

Jardin, der 1877 die drei Barosmaarten, serratifolia, crenulata und betulina, in Form wäßriger Auszüge sowie flüssiger Extrakte prüfte, hebt die diuretische Wirkung und gute Bekömmlichkeit bei der medikamentösen Behandlung hervor; die Auszüge hätten die guten Eigenschaften der Balsammittel, wie Kopaivabalsam und Kubeben; die Hauptbestandteile der Blätter, besonders das „Diosmin“ (d. h. Hesperidin), besäßen dem Kopaivabalsam gegenüber gewisse Vorzüge. Der Harn zeigt nach dem Einnehmen von Bukkoblättern in Form wäßriger Aufgüsse den ihnen eigenen Geruch Solche Aufgüsse rufen bisweilen Wärmegefühl oder auch leichte Schmerzen in der Nierengegend und Schweiß hervor; die Ursache ist wahrscheinlich das Diosphenol (= Bukkokampfer) (nach Lewin, 1889). Nach allem sind erneute Versuche, besonders mit botanisch einwandfreiem Blättermaterial, wie Barosma betulina und serratifolia, angebracht.

Im Zusammenhang hiermit ist es angebracht, auf eine Arzneimittelmischung kurz hinzuweisen, welche außer den Inhaltsstoffen der Bukko- und Bärentraubenblätter (siehe diese Wochenschrift 79, 1305 [1924]) noch Azetylsalizylsäure, Salol, Hexamethylentetramin, Kopaivabalsam, Pfefferminzöl, Bromkampfer und benzoësaures Papaverin enthält und unter dem Namen Buccosperin in Tablettenform in den Handel kommt. Die Zusammensetzung dieses Mittels wurde 1911 anders angegeben, es bestand aus Kopaivabalsam, Bukkoblätterextrakt, Hexamethylentetramin und Salizylsäure[1]).

Literatur

a) Chemische. 1828: Lebreton, Journ. de Pharm., 14, 377 (1828). — 1829: Widemann, Landerer, Jonas, u. Hilger-Hoffmann. — 1876: Hilger und E. Hoffmann, Ber. d. D. Chem. Ges., 9, 26 u. 685 (1876); E. Patrerno und Briosi, l. c., 9, 250 (1876); E. Hoffmann, l. c., 9, 685 (1876). — 1880: Flückiger, Pharm. Journ. London, 11. 219 (1880). — 1881: Tiemann und Will, Ber. d. D. Chem. Ges., 14. 946 (1881). — 1887: Will, l. c., 20, 1186 (1887); C. Tanret, Bull. Soc. chim., 49, 20 (1887). — 1888: P. Spica, Gazz. chim., 18, 1 (1888), u. Ber. d. D. Chem. Ges. (Ref.), 21. 527 (1888); Shimoyama, Arch. d. Pharm., 226, 403 (1888). — 1896: Bialobrzeski, u. Gildemeister. Äther. Öle; J. Kondakow, Journ. f. pr. Chem., 54, 433 (1896). — 1898/99: A. G. Perkin, Proc. chem. Soc., 1898/99, Nr. 198, S. 185, u. Chem. Zbl., 1899. 1, 118. — 1901: Bachtschiew, Journ. f. pr. Chem., 63, 49 (1901). — 1905: J. Kondakow, l. c., 72, 185 (1905). — 1906: Semmler und Mc Kenzie, Ber. d. D. Chem. Ges., 39, 1158 (1906). — 1910: Gildemeister und Hoffmann, Äther. Öle. Leipzig, 1. Bd. — 1913: Tutin, Transact. chem. Soc., 97, 2054 (1910), u. Chem. Zbl., 1911,

[1]) B. kl. W., 1911, S. 572 und Pharm. Zentralh., 1911. Bd. 52, S. 473; Fortschr. d. Ther., 1925, Nr. 14 und Pharm. Zentralh., 1925, Bd. 66, S. 264 u. 605.

Digitized by Google

1, 150 und Oesterle-Kueny. — 1913: G. Cusmano, Atti R. Accad. dei Lincei Roma (5), 22. 2, 569, n. Chem. Zbl., 1914, 1, 976 und 1914. 2, 481. — 1914: G. Cusmano und Pocciantı, Atti R. Accad. dei Lincei Roma (5), 23, 1, 347, n. Chem. Zbl., 1914. 1, 976 und 1914, 2, 481; M. Mayer. Atti R. Accad. dei Lincei Roma (5). 23, 1, 439. n. Chem. Zbl., 1914. 2, 476 — 1915: Oesterle und Kueny, Arch. d. Pharm., 253. 383 (1915). — Bis 1925: Schimmels Ber., 1915, 1, 1915. 2, 1919, 1921, 1923—1926.

b) Physiologisch-chemische und -botanische. 1854/56: Oudemans, Anatomisches, n. Shimoyama. — 1866: de Vry n. Hilger-Hoffmann. — 1873: Flückiger, n. Shimoyama. — 1874: W. Pfeffer, Bot. Ztg., 1874, Nr. 32, n. Hilger-Hoffmann. — 1879: Flückiger und Hanbury, Pharmakographia, London 1897, n. Shimoyama: Jones, Pharm. Journ. Trans. (3), 9. 673 (1879), n. Czapek, S. 801. — 1885: Hager. Bot. Unterricht, Berlin 1885. — 1888: Shimoyama, Arch. d. Pharm., 226, 64 (1888). — 1894: L. Braemer, Réact. histochim. de l'Hesperidine, Congrès Besançon, n. Zenetti. — 1895: Zenetti, Arch. d. Pharm., 233, 104 (1895). — 1898: Dragendorff. Heilpflanzen, Stuttgart 1898. — 1900: Fischer-Hartwich, Handb. d. pharm. Prax. v. Hager, Berlin 1900. — 1902: H. Schulze, Bot. Zbl., 12, 55 (1902), n. Tunmann. — 1905: Czapek, Biochem. d. Pflanz., Jena 1905. — 1907: H. Kramer, Ber. d. D. Pharm. Ges., 17, 308 (1907). — 1909: Tunmann, n. Chem. Zbl., 1909, 2, 1822. — 1910: Gildemeister und Hoffmann. Äther. Öle, Leipzig. — 1914: W. Himmelbaur, n. Tunmann, Pharm. Zentralh., 56, 137 (1915). — 1915: Tunmann, Pharm. Zentralh., 56, 135 (1915). — Bis 1926: Schimmels Ber. s. u. a.)

c) Medizinische. 1877: Jardin, Wirkung der Balsamika i. Allgem. u. die der Bukkoblätter insbesond. i. ihrer Anwendg. b. d. Harnröhrenerkrankg., Paris 1877. — 1899: L. Lewin, Nebenwirkungen der Arzneimittel, Berlin 1899.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Fachzeitschriften

Annales des Maladies Vénériennes

1927, Jahrg. 22, Nr. 9

Anémie pernicieuse et syphilis (Perniziöse Anämie und Syphilis), von F. Wyss-Chodat, Derm. Univ.-Kl. Genf. S. 641. Wahrscheinlich spielt bei der Entstehung der perniziösen Anämie die Lues eine provokatorische Rolle. So beobachtete Verf. bei einem 41jähr. Mann mit einem Primäraffekt während der antiluetischen Behandlung, die mit Salvarsan und Quecksilber in mehreren sich über 8 Jahre erstreckenden Kuren durchgeführt wurde, plötzlich das Auftreten einer schweren Perniziosa mit einem Färbeindex von 1,5. Das Salvarsan wurde ebenso wie das Quecksilber stets gut vertragen, so daß die spezifische Behandlung sicher keine Rolle bei der Entstehung der Anämie spielte. Dagegen ist bemerkenswert, daß die Lues nie vollständig geheilt war, die WR war bald positiv, bald negativ.

La stérilité syphilitique (Sterilität auf luetischer Grundlage), von J.-E. Marcel-Paris. S. 655. Können bei Sterilität andere Ursachen ausgeschlossen werden (Blennorrhoe, Tuberkulose, Blei, Tabak, Diabetes, allgemeine Schwächlichkeit), muß man an Lues denken, und zwar nicht nur an erworbene, sondern vor allem an kongenitale. Um sie auszuschließen, genügt die negative WR nicht, ebensowenig wie umgekehrt bei positiver WR die Lues unbedingt die Ursache sein muß. Die Prognose ist bei hereditärer Lues wenig günstig, besser bei der erworbenen Form. Die Behandlung ist selbstverständlich spezifisch, die man bei der hereditären Form zweckmäßig noch mit Organpräparaten unterstützen kann.

Deux cas de chancre mou avec parallélisme morphologique de leurs chancres d'auto-inoculation (Zwei Fälle von weichem Schanker in morphologischer Parallele zu ihren durch Autoinokulation erzeugten Schankern), von M. Kitchevatz, Derm. Kl. Belgrad. S. 675. Zwei Fälle von weichem Schanker, bei denen Infektionstag und -quelle

Digitized by Google

die gleiche ist. Die Streptobazillen waren in beiden Fällen morphologisch gleich — stäbchenförmig. Trotzdem waren die Ulzerationen von ganz verschiedenem Typus. Interessant ist, daß die experimentell erzeugten Ulzerationen wieder ebenso verschieden waren: sie waren morphologisch ähnlich dem Primärulkus. Vielleicht erklärt sich die Verschiedenheit der Morphologie des Ulkus trotz Identität des Erregers aus der Tatsache, daß der eine Kranke eine mehrere Jahre zurückliegende luetische Infektion durchgemacht hat, der andere nicht.

Note sur l'incubation prolongée du chancre syphilitique (Zur verlängerten Inkubation des Primäraffektes), von B. Valverde-Rio de Janeiro, Brasilien. S. 678. Drei Beobachtungen, bei denen 68, 32 und 39 Tage bis zum Erscheinen des typischen Primäraffektes verstrichen. F. Landauer-Berlin.

Journal d'Urologie

1927, Bd. 23, Nr. 5

Contribution à la connaissance de la pathogénie de la néphrite hématurique (Beitrag zur Kenntnis der Pathogenese der Nephritis haematurica), von S. Rolando-Genua. S. 385.

Des suppurations locales dans l'hypertrophie de la prostate (Lokale Vereiterungen bei der Prostatahypertrophie), von C. M. Le Roy. S. 388.

Deux opérations par voie abdominale pour rein ectopique. Une néphrectomie. Une néphrolithotomie (Zwei Abdominaloperationen wegen ektopischer Niere. Eine Nephrektomie. Eine Nephrolithotomie), von André-Nancy. S. 406.

Considérations sur le rein ectopique croisé (Betrachtungen über die auf die andere Seite verlagerte Niere), von A. Surraco. S. 411.

Récidive vraie d'hypertrophie de la prostate après la prostatectomie suspubienne de Freyer (Wahres Rezidiv einer Prostatahypertrophie nach suprapubischer Prostatektomie nach Freyer), von A. Takahashi, Derm. Univ.-Kl. Niigata. S. 414. Bericht über den entsprechenden Fall eines 78jähr. Mannes, der 6 Jahre zuvor vom Verf. wegen Prostatahypertrophie operiert worden war. Nach dieser Zeit echtes Rezidiv mit typischen Beschwerden und Zystitis. In Japan ist die Prostatahypertrophie selten, die Patienten sind operationsscheu. Die Rezidive gehen von den Drüsenresten aus, die sich, kapselartig zusammengepreßt, am Rande der Prostata befinden.

1927, Bd. 23, Nr. 6

Les grands infarctus rénaux (Die großen renalen Infarkte), von P. Danhiez-Lille. S. 481.

La blennorragie est-elle une affection générale? (Ist der Tripper eine Allgemeinerkrankung?), von J. Perrin-Marseille. S. 496.

La gonacrine dans le traitement de la blennorragie (Gonacrin [Trypaflavin] bei der Behandlung des Trippers), von P. Adelmann. S. 510. Obwohl die Zahl der Heilungen allein durch intravenöse Injektionen, manchmal verbunden mit lokalen Spülungen, im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Fälle nicht sehr groß ist, stellt die neue Methode doch einen guten neuen Weg dar. Durch ihre Vervollkommnung werden sich die Erfolge wohl noch verbessern lassen. Bewährt hat sich das Verfahren besonders bei der Epididymitis blennorrhoica, deren Dauer abgekürzt, und deren Schmerzhaftigkeit zum Schwinden gebracht wurde. Von Vorteil war es auch bei den überaus heftigen Fällen, die keine andere, noch so milde Behandlung vertrugen.

La prostatotomie comme traitement des rétentions d'urine au cours des prostatites aiguës gonococciques (Die Prostatotomie als Behandlungsmethode von Urinverhaltungen im Verlaufe akuter blennorrhoischer Prostatitiden), von A. G. Casariego-Havanna, Cuba. S. 518. Der Verf. hat bei 4 Patienten mit Erfolg die perineale Prostatotomie mit Einlage je eines Gummidrains in jeden Prostatalappen vorgenommen. Er empfiehlt demgemäß das Verfahren, das die chronische Urethritis abkürzen oder sogar vermeiden und ausgedehntere Eiterungen und Einschmelzungen in der Prostata mit ihren Folgen, wie urethro-prostatale Fisteln, verhüten soll. E. Sklarz-Berlin.

Digitized by Google

Archives of Dermatology and Syphilology

1927, Bd. 16, Nr. 3

Melanin Pigmentation; A Systematic Study of the Pigment of the Human Skin and Upper Mucous Membranes, with Special Consideration of Pigmented Dendritic Cells (Melaninpigmentierung; eine systematische Studie des Pigments der menschlichen Haut und der oberen Schleimhäute, mit besonderer Berücksichtigung der pigmentierten dendritischen Zellen), von S. W. Becker-Benton Harbor, Minn. S. 354. Verf. untersuchte das von 53 Sektionen gewonnene Material; in 74% der Fälle enthielt die Mundschleimhaut Pigment, was dafür spricht, daß dies Vorkommen ein normales ist. Im Pharynx hatten nur 21% der Fälle Pigment; die Hälfte dieser Fälle starb an multilokulären malignen Tumoren, während bei lokalisierten malignen Tumoren kein Pigment im Pharynx zu finden war. Pigment fehlte im Ösophagus und den Brustdrüsen, war aber in den oberflächlichen Milchgängen der Brustwarze vorhanden. Die positive Dopareaktion in den Pigmentzellen der Mundschleimhaut und des Pharynx spricht für die Blochsche Theorie vom fermentativen Ursprung des Melanins. Dendritische Zellen fanden sich in der Haut aller Körpergegenden. Ihr Vorkommen bedeutet also nichts Pathologisches. Je dicker das Epithel, um so größer und mehr verzweigter sind die Zellen. Vermutlich werden diese dendritischen Zellen erst unter einem pigmentfördernden Impuls pigmentiert (Gravidität, maligne Tumoren). Bei einer pathologischen Pigmentvermehrung sind die dendritischen Zellen pigmentiert, wenn es sich z. B. um Akanthosis handelt, und nichtverästelte Zellen sind pigmentiert, wenn es sich z. B. um einen Addison handelt. Die Dopa- und die Silberreaktion sind beide zur Erforschung der Pigmentverhältnisse notwendig.

Suggested Nomenclature for Ultraviolet Zones (Vorschlag einer Nomenklatur für ultraviolette Zonen), von H. Goodman-New York. S. 291. Für physiologische Zwecke mag das ultraviolette Licht eingeteilt werden in 1. den intravitalen Teil (zwischen 3900—3200 Angströmeinheiten), der die ultravioletten Strahlen umfaßt, die durch Glas dringen; 2. den vitalen Teil, der Glas nicht passiert (3200—2900 AE) und 3. den extravitalen Teil (2900—2000 AE). Der vitale Teil, der im Sommer im Sonnenlicht vorhanden ist, ist wichtig für das normale Wachstum der Kinder; er regt antirachitisches Vitamin an, das im nichtaktiven Cholesterol vorhanden ist. Um eine qualitativ und quantitativ genaue Feststellung der Bestrahlung zu ermöglichen, muß man kennen 1. die Qualität des ultravioletten Lichts; 2. die Intensität; 3. die Zeit der Exposition; 4. den Abstand. Das einzig Variierende ist der Patient.

Acarus Scabiei: A Study of its History (Die Krätzemilbe; ein geschichtlicher Überblick), von B. B. Beeson-Chicago. S. 294.

Granuloma Coccidioides (Kokzidiengranulom), von W. H. Guy und F. M. Jacob-Pittsburgh. S. 308. Ein tuberkulöser 36jähr. Mann infizierte sich an einem Kaktusdorn mit Kokzidien, die der Sporotrichose ähnliche Knoten mit sekundärer Erweichung hervorriefen. Therapeutisch versagte Jod vollständig. Röntgenstrahlen allein brachten keine Besserung, erst im Verein mit Brechweinstein bewirkten sie Verschwinden der Erscheinungen. Eine nicht mit Röntgenstrahlen behandelte Stelle heilte weit schlechter als die anderen.

Inoculation Tuberculosis of the Skin Simulating Sporotrichosis (Erworbene Hauttuberkulose, der Sporotrichosis gleichend), von M. S. Wien und T. Cornbleet-Chicago. S. 312. Von einer Infektionswunde am rechten kleinen Finger her entwickelten sich metastatische Knötchen auf dem Lymphwege am ganzen Arm hinauf bis zur Achselhöhle, deren Drüsen anschwollen und erweichten. Die Knoten am Arm erweichten ebenfalls, entleerten dünnflüssigen Eiter und verheilten dann. Diese Art der tuberkulösen Infektion, die der Sporotrichosis ganz ähnlich sieht, ist selten. Erst durch Tierexperiment wurde die Ätiologie festgestellt. Bemerkenswert war das Auftreten einer tuberkulösen Osteomyelitis des anderen gesunden Armes nach Trauma.

Xeroderma and Abnormalities of Skin Texture (Xeroderma und Anormalitäten der Hautstruktur), von P. B. Mumford-Manchester. S. 317. Unter die großen Gruppen: Ichthyosis, Ichthyoid, Xeroderma fallen bestimmte Typen, die gut auf Schilddrüsentherapie reagieren. Verf. unterscheidet: 1. kongenitales, 2. erworbenes Xeroderma und zählt zu der 1. Gruppe: a) ein mildes Xeroderma ohne große Schuppen; b) ein wahres Xeroderma mit trockener Haut und kleienartiger Schuppung; c) eine wahre Ichthyosis mit großen trockenen Schuppen; d) einen ichthyoiden Typus mit Rauhheit und Verdickung der Haut ohne Verminderung der Hautatmung und Schweißsekretion; e) wie d)

Digitized by Google

mit Verminderung der Hautatmung und der Schweißsekretion; f) eine allgemeine follikuläre Ichthyosis mit verminderter Hautatmung und Schweißabsonderung. 2. Erworbenes Xeroderma: a) mildes Xeroderma mit Hypothyreoidismus; b) trockene und schlecht ernährte Haut im Alter und bei schweren Krankheiten; c) ichthyoide Haut bei allgemeinem chronischem Ekzem; d) lokalisierte Trockenheit der Haut durch Beschäftigung; e) lokalisierte Trockenheit der Haut durch schlechte Ernährung; f) Lichen spinulosus.

Food Allergy in Henoch's Purpura (Ernährungsallergie bei Henochs Purpura), von H. L. Alexander und Ch. H. Eyermann-St. Louis. S. 322. Verf. schildert einen Fall mit gastrointestinalen Beschwerden und Urtikaria, bei dem Milchgenuß das schädigende Moment war. Bei drei weiteren Fällen trat gleichzeitig mit Darmbeschwerden eine Purpura auf, Fälle, wie sie von Henoch beschrieben worden sind. Im ersten Fall war Eigenuß, im zweiten Reis und im dritten Fall Grahambrot die Ursache der Störung. In 2 Fällen trat völlige Heilung nach Entziehung der schädlichen Nahrung ein.

L. Mühlpfordt-Allenstein.

Russkij Westnik Dermatologii

1927, Bd. 5, Nr. 7

Erythema annulare centrifugum squamosum, von Schtamowa. Beschreibung dreier Fälle von Erythema annulare centrifugum Darier, charakterisiert durch verschieden große, ein wenig erhabene, exzentrisch wachsende Kreise von rosa Farbe mit deutlicher Schuppung an der medialen Partie der Kreise, so daß Verf. die Bezeichnung squamosum hinzufügt. Die Kreise haben Neigung sich zu vereinigen und girlandenartige Figuren zu bilden. Der Verlauf ist chronisch, aber ohne Beteiligung der inneren Organe.

Syphilis der Aorta, von Prokoptschuk. Veränderungen der Aorta werden in $^1/_3$ aller Fälle von Neurosyphilis und in $^1/_4$ aller Fälle von tertiärer und latenter Syphilis konstatiert. Als Ursachen für die Aortitis sind anzusehen: ungenügende Behandlung, Alkoholismus, Infektionskrankheiten und eine angeborene, besondere Schwäche des Gefäßsystems. Die Konstitution dürfte auch von Bedeutung sein, da 77% der Kranken Pykniker waren. Die Diagnose ist nur auf Grund mehrfacher Symptome, bei entsprechendem Röntgenbild, zu stellen. Die beste Therapie besteht in einer Wismut-Jod-Salvarsananwendung.

Venerismus unter den Studenten, von Lass. Von den Studenten Odessas, welche die anonyme Umfrage beantworteten, gaben 24,3% an, venerisch krank gewesen zu sein, und zwar hatten von 1000 gehabt 188 Blennorrhoe, 17 Syphilis und 18 Ulcus molle.

Lichen-ruber-planus-ähnliche Exantheme nach Salvarsan (bzw. Wismut?)-Behandlung und lichenoide Disposition (Buschke), von B. Kaplun. Verf. beschreibt 2 Lichenfälle nach Behandlung mit Salvarsan und Wismut, welche er mit Buschke als Reaktion der Haut auf Salvarsan und vielleicht auch Wismut bei Personen, die zu Lichen disponieren, erklärt.

Dermatitis herpetiformis Duhring, Varietas erythemato-vesiculosa, von E. Kistiakowsky. Fünf Fälle von Dermatitis Duhring von monomorph-blasenartigem Charakter, wie in den Fällen von Kren.

Myxoedema tuberosum, von O. Baranowa. 35jähr. Frau mit kleinen, derben Knötchen von fast normaler Hautfarbe auf dem Halse, dem Rücken, der behaarten Kopfhaut, den Ellenbeugen, der Kreuzgegend und den Oberschenkeln. Psychische Depression. Schilddrüse nicht palpabel. Histolog. muzinöse Degeneration des Koriums, viele Sternzellen. Therapeutischer Erfolg durch Thyroidin.

Lymphectasia cutis nodularis disseminata, von S. Glaubersohn. 18jähr. Mädchen mit Syphilis gummosa, Nephrose und einem aus perlmutterglänzenden, schmerzlosen Knötchen bestehenden Ausschlag auf dem Rumpf wie den Extremitäten, welche histologisch im Bindegewebe Höhlenbildungen und Erweiterung der Lymphgefäße aufwiesen.

Ein Fall von intermittierender Hämoptoë syphilitischen Ursprungs, von Platowski und Tinker. 31jähr. Elektromonteur leidet an gelegentlicher, bei anscheinend vollkommener Gesundheit auftretender Hämoptoë. Von Tuberkulose fand sich nichts, dagegen eine Osteoperiostitis der linken Tibia bei positiver WR, so daß Verf. die Ursache der Hämoptoë in einem versteckten, syphilitischen, gummösen Prozeß erblickt.

Digitized by Google

Ein Tumor caudae equinae, welcher eine Tabes dorsalis vortäuscht. Nicht spezifisches Mal perforant du pied, von Salkan und L. Markus. Der betreffende Kranke stand im Alter von 37 Jahren.

Ein Beitrag zur Frage der Syphilisbehandlung mit Stovarsol (Stowarsolan), von Krutschewski und Sorinson. Bei 46 mit Stowarsolan, dem russ. Stovarsolpräparat, behandelten Personen konnte eine entschiedene Wirkung desselben auf die Hautsyphilide konstatiert werden. Nebenwirkungen wurden nur bei 7 Personen und darunter 4mal in bloß leichter, 3mal in schwerer Form konstatiert (Dermatitis und Stomatitis).

A. Jordan-Moskau.

Venerologia und Dermatologia

1927, Nr. 9,

gewidmet der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Zum 25jährigen Jubiläum der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von W. Bronner. Gruß an die D.G.B.G. mit Schlußsatz in deutscher Sprache.

Myosalvarsan — ein Salvarsanpräparat zur schmerzlosen intramuskulären und subkutanen Anwendung, von W. Kolle. Unter der Kontrolle experimenteller Versuche an gesunden und mit Syphilis infizierten Kaninchen gelang es Verf. mit Hilfe besonderer technisch-chemischer Mittel ein neues Präparat von Formaldehydsulfitsalvarsan, gen. Myosalvarsan, herzustellen, welches zur subkutanen und intramuskulären Behandlung tauglich ist und einen, dem NS ebenbürtigen, chemisch-therapeutischen Index besitzt. Die Injektionen sind meist schmerzlos, rufen keine Infiltrate und keine Nekrosen hervor. Das intramuskulär eingeführte Präparat wird im Laufe einiger Tage vollständig resorbiert.

Zur Frage der Bedeutung des Tuberculum Carabelli für die Diagnose der kongenitalen Syphilis, von Rachmanow. Das Tuberculum Carabelli ist an und für sich bei den Menschen so häufig, daß sein Vorkommen allein, ohne andere Symptome von Syphilis, nicht als Beweis einer kongenitalen Syphilis angesprochen werden kann.

Zur Frage des multiplen idiopathischen hämorrhagischen Sarcoma Kaposi, von A. Prokopischuk und M. Tschuwalowa. Beschreibung zweier Fälle von Sarcoma cutis idiopathicum haemorrhagicum muliplex Kaposi, von denen der eine bereits nach 8 Monaten einging, wobei sich Metastasen im Darm, in den Peritonealdrüsen, der Hypophyse, den Lungen und in dem Knochengewebe der Extremitäten fanden. In den Knoten der Lymphdrüsen wurden typische sarkomatöse Veränderungen nachgewiesen.

Zur Frage der Anwendung von Goldpräparaten in der Dermatologie, speziell bei der Hauttuberkulose, von Agronik, Maschkilleison und Jukelis. Auf Grund der Angaben in der Literatur, wie je drei eigener Erfahrungen mit Triphalanwendung bei Lupus erythematodes und bei Lupus vulgaris sind die Verff. zum Schluß gekommen, daß die Goldpräparate nicht als Spezifika für die Hauttuberkulose angesehen werden können.

Die Spezifizität der Gonokokkenvakzine, von Porudominsky. Durch vergleichende Injektionen in 70 Fällen von blennorrhoischer Epididymitis, die unter gleichen Bedingungen standen mit Gonokokkenvakzine bzw. mit Staphylokokkenvakzine oder Milch, überzeugte sich Verf. von der Spezifizität der Gonokokkenvakzinen. Die unspezifische Proteintherapie kann die erprobte spezifische Vakzinetherapie nicht ersetzen.

Über die Spezifität der Immuntherapie bei gonorrhoischen Komplikationen, von Mkrtitschjanz und Chasanoff. Auf Grund von 62 eigenen Versuchen mit Koli-Staphylokokken- und Diphtherieserumbehandlung der Epididymitis blenn. kamen die Verff. zur Überzeugung, daß die Reaktion des Organismus auf die betr. Reagentien nicht qualitativ, sondern quantitativ differiert. Der therapeutische Erfolg wird bedingt durch eine Koordination des physisch-chemischen Zustandes des Organismus und des Antigens; dementsprechend kann die Gonokokkenvakzine durch jedes andere, unspezifische Mittel ersetzt werden.

Zur Pathologie der experimentellen Syphilis des Nervensystems bei Kaninchen, von J. Finkelstein und Bobinskaja-Strelinskaja. Die Versuche an Kaninchen ergaben, daß 1. eine experimentelle Nervenlues mit klinisch manifesten Erscheinungen durch gut passiertes Virus hervorgerufen werden kann, wobei die klinischen Befunde

Digitized by Google

durch serologische und Liquoruntersuchungen bestätigt wurden; 2. von keinem speziellen Nervenvirus gesprochen werden kann, da die verwandten Stämme nicht nur Erscheinungen von Nervenlues, sondern gleichzeitig auch Hauterscheinungen und Schädigungen anderer Organe hervorrufen; 3. die spontane Spirochätose leicht von der experimentellen Kaninchensyphilis unterschieden werden kann und daher derartige wissenschaftliche Untersuchungen nicht stört.

Zum Studium der Häufigkeit der venerischen Krankheiten in der Burjato-Mongolei, von J. Saks und S. Iljin. Die Hälfte der von den Verff. untersuchten burjätischen Bevölkerung dreier Bezirke erwies sich als syphilitisch infiziert. In $^1/_3$ der Fälle handelt es sich um ererbte Syphilis. Die hohe Sterblichkeit unter den Säuglingen und die vielfachen Dystrophien und Degenerationen unter den Kindern haben eine große Bedeutung einerseits für das Aussterben, andererseits für die Degeneration der Bevölkerung. Die Häufigkeit des Trippers konnte nicht genau festgestellt werden.

A. Jordan-Moskau.

Bücherbesprechungen

Homöopathie. Kritische Gänge hüben und drüben, von H. Much-Hamburg. (Mod. Biol., H. 10. Verlag C. Kabitzsch, Leipzig 1926.) Verf. kann nicht umhin, eine gewisse Verwandtschaft zwischen Homöopathie und Vakzinetherapie, die ihren Angelpunkt in der „Arbeit mit größten Verdünnungen" hat, festzustellen. Homöopathie ist lediglich Arzneibehandlung, welche Einschränkung sie allerdings mit der allopathischen Arzneibehandlung gemeinsam hat; die Vergleichbarkeit von Krankheits- mit Arzneisymptomkomplex ist die Grundlage der Homöopathie. Aber ein ehrlicher Homöopath kann ebensowenig mit dieser Art Arzneibehandlung allein auskommen, wie der Allopath mit seinem Rezeptenschatz, sondern beide müssen noch einer Reihe weiterer Hilfsmittel (physikalische, chirurgische, Badeprozeduren usf.) sich bedienen. Ergeben die Arzneiprüfungen am Gesunden gemäß der Ähnlichkeitsregel und die klinische Erfahrung am Kranken eine unumstößliche Beweiskette, dann ist erst die Grundlage der Homöopathie bewiesen und alle Mittel, die sich nicht am Gesunden gemäß der Ähnlichkeitsregel ausproben lassen, gehören nicht zur Homöopathie. So lautet einer der Schlußsätze Muchs.

M. Stern-München.

Die Elektrolyte. Ihre Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Therapie, von S. G. Zondek-Berlin. (Verlag J. Springer, Berlin 1927.) In diesem Werk, das eigene und fremde Forschungen zusammenfassend darstellt, ist es dem Verf. ausgezeichnet gelungen, die Rolle und Bedeutung der Elektrolyte im Zellgeschehen darzustellen. Auch für den bisher nicht mit der Materie vertrauten Leser bedeutet die flüssige Sprache und plastische Darstellungsgabe S. G. Zondeks die Möglichkeit, das Tatsachenmaterial und — mehr als dies — die physikalisch- und kolloidchemische Betrachtungsweise funktionellen Geschehens kennen zu lernen. Die Vorgänge, auf denen die symptomatischen, funktionellen Störungen morphologisch gut charakterisierter Krankheiten beruhen, lassen sich erst durch die Beziehungen der Elektrolytwirkung zum pathologischen Zellgeschehen verständlich machen. So hat der Verf. in seinem Werk die Bedeutung der Elektrolyte für Physiologie, Pathologie und Therapie dargestellt, dabei gleichzeitig einen gemeinverständlichen Abriß der für den Mediziner wesentlichen Kapitel der Kolloidchemie gegeben. Gerade daher ist das Buch für weiteste Ärztekreise empfehlenswert. Im einzelnen sei aus dem Inhalt hervorgehoben, daß der Verf. nach Begriffsbestimmung des Elektolytstoffwechsels und Abgrenzung desselben vom Mineralstoffwechsel das Wesen der Elektrolyte und die elektrolytische Dissoziation bespricht, sodann Wesen und Existenzbedingung der Kolloide, die Kolloidstruktur der Zellen, ihre Abhängigkeit von den Elektrolyten, Wesen der Puffersysteme und der Bedeutung der Elekrolyte für den Wasserhaushalt, ihre Beziehungen zu bioelektrischen Vorgängen eingehend darstellt, um dann in einer auf der Auswertung der vorhergehenden Abschnitte aufgebauten Darstellung der Bedeutung der Elektrolyte für Pathologie und Therapie zu enden. Anhangsweise werden schließlich die Mineralien, die im Körper nicht als Elektrolyte wirken, besprochen, und nebenbei in sachlicher Form die Versuche der „Biochemiker" abgetan, die Ergebnisse wirklich biochemischer Forschung zur Beweisführung für ihr „Dogma von den 11 Salzen" zu verwenden.

F. Jacobsohn-Berlin.

Digitized by Google

Materialiensammlung der Unfälle und Schäden in Röntgenbetrieben, von F. M. Groedel, H. Liniger und H. Lossen. (119 Seiten, 11,— Mark. Verlag G. Thieme, Leipzig 1927.) Das vorliegende 2. Heft der Verff. berichtet über 101 durch X-Strahlen zu Schaden gekommener Fälle als Fortsetzung des 1. Heftes (82 darunter 10 letal verlaufender Schädigungen). Sind die Zahlen an sich schon eine ernste Warnung für alle diejenigen, die mittelbar oder unmittelbar mit diesem wichtigen Hilfsmittel des Arztes zu tun haben, so ist erst recht der kurze prägnante, zum Teil tabellarisch gesichtete Inhalt eine ernste Forderung der Verff. an alle, die es betrifft, unsere Kranken, unsere Angestellten, die röntgenbeschäftigten Techniker, vor nicht beabsichtigter Strahleneinwirkung zu schützen. Zum Teil sind diese Schäden unverschuldet, zum Teil durch Unachtsamkeit, zum Teil durch Ignoranz herbeigeführt. Klassifiziert wurde 1. Unfall (Einatmen giftiger Gase, Kontrastmittelvergiftung, elektrische Unfälle). 2. Akuter primärer Röntgenschaden (Ignoranz, Fahrlässigkeit, Kunstfehler). 3. Akuter sekundärer Röntgenschaden entstanden durch Summation, Kumulation oder Kombination. 4. Der chronische Röntgenschaden als Gewerbekrankheit. 5. Der auf dem Boden des chronischen Schadens durch Summation oder Kumulation akut verlaufende Spätschaden. Groedel behandelt gesondert Fragen der Gutachtertätigkeit. Von Levy Dorn finden wir als Anhang „Leitsätze für die Arbeiten mit Röntgenstrahlen", von Lossen „Unfall- und Schadenverhütungsvorschriften für medizinische Betriebe. Die Forderung einer dauernden Reichskontrolle über alle Röntgenbetriebe nach Art des Kraftfahrzeuggesetzes erscheint nach den Ausführungen durchaus berechtigt. G. W. Unna-Hamburg.

Handbuch der gesamten Strahlenheilkunde, Biologie, Pathologie und Therapie, herausgegeben von P. Lazarus-Berlin. (Bd. 1, Lfg. 1. Preis RM. 16,50. Verlag J. F. Bergmann, München 1927.) Die Strahlenwissenschaft mußte sich fortschreitend weitgehend zersplittern; das Studium des Stoffes an seinen Quellen ist dem einzelnen Strahlentherapeuten nicht mehr restlos möglich. Allein die praktische Strahlentherapie des Arztes kann einzig auf wissenschaftlicher Grundlage beruhen. Ohne gleichmäßig biologisches, physikalisches und klinisches Verstehen würde sie sich kaum von der Praxis des Kurpfuschers unterscheiden. In diesem Sinne bedeutet das Programm dieses grundlegenden Werkes beruhigende Gewißheit für den Strahlentherapeuten in seiner Praxis und zugleich Befreiung von der drückenden Fülle des Wissens, indem ihm hier das Wissensnotwendige von Meistern der Strahlenforschung aller Länder unter Führung von Lazarus in Aussicht gestellt wird. Die knappe und doch verständliche Form der in der 1. Lieferung abgehandelten Kapitel läßt uns verheißungsvoll dem baldigen Erscheinen der folgenden 9 Lieferungen entgegensehen. Besprochen sind bis jetzt: Neue Wege. Wesen und Indikationen der Strahlenheilkunde von Lazarus. Es ist ein Genuß, den Ausführungen des Verf. auf 94 Seiten zu folgen. Überall spürt man den erfahrenen Arzt. Daß er, der gerade neue Wege auf diesem Gebiete beschritten hat, hier zu uns redet, macht dieses Kapitel in seiner Klarheit besonders wertvoll. Der Einheitsgedanke der Energie in allen ihren Formen und allen ihren Umwandlungsmöglichkeiten, welcher dem ganzen Werke zugrunde gelegt ist, kommt auch in der praktischen Abwandlung stark zum Ausdruck. A. Sommerfeld gelingt es, auf 14 Seiten uns die physikalischen Grundlagen der Strahlenbiologie und Therapie zu vermitteln — ein vortrefflicher Abriß des modernen physikalisch-chemischen Denkens. 26 Seiten sind von Dorno der physikalischen Grundlage der Sonnen- und Lichttherapie gewidmet. Er bringt eine Analyse der Sonnenstrahlen, der Flammen und Glühlampen, der Lichtquellen mit diskontinuierlichem Spektrum, der Quarzlampe, der Lampe mit gemischtem Spektrum. Es folgt die Umwandlung der Strahlenenergie und schließlich die Besprechung der Diathermie, der Punktwärmetheorie und der photochemischen Wirkungen. Es ist unmöglich, an dieser Stelle mehr als eine Aufzählung zu bieten. Wer den Menschen „als Wanderer zwischen strahlenden Welten" verstehen will — und welcher Arzt wollte dies nicht — der greife zu diesem Werk! Gerade auch den älteren Kollegen, die nicht in den modernen Anschauungen geschult wurden, kann es ein trefflicher Lehrer sein.

J. Kottmaier-Mainz.

Gegenentwurf zu den Strafbestimmungen des Amtlichen Entwurfs eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuchs über geschlechtliche und mit dem Geschlechtsleben im Zusammenhang stehende Handlungen, herausgegeben vom Kartell für Reform des Sexualstrafrechts. (Preis RM. 2,—. Verlag Neue Gesellschaft. Berlin 1927.) Die vorliegende Schrift ist das Ergebnis von Beratungen des Kartells für Reform des Sexualstrafrechts, die in den letzten 3 Jahren zu dem Zwecke stattfanden, die Strafbestimmungen des amtlichen Entwurfs eines allgemeinen Strafgesetzbuchs von 1925,

Digitized by Google

soweit sie sich auf das Geschlechtsleben beziehen, einer Kritik zu unterziehen; denn die in diesem Kartell vereinigten sexualreformatorischen und humanitären Vereine sind der Überzeugung, daß dieser amtliche Entwurf in seinem besonderen Teil hinsichtlich der Sexualdelikte nicht den an ein künftiges deutsches Strafgesetzbuch zu stellenden Anforderungen genügt. Die Begründung soll die vorliegende Arbeit im einzelnen erbringen. Da im Arbeitsausschuß des Kartells die verschiedensten wissenschaftlichen und politischen Richtungen vertreten waren, konnte nur ein Mindestprogramm, kein Maximalprogramm ausgearbeitet werden, d. h. nur solche Forderungen aufgestellt werden, die im Rahmen der gegenwärtigen Gesellschaftsordnung erfüllbar sind. Als Redaktionskommission dieses Gesetzentwurfs zeichnen Prof. Halle, Dr. jur. Hiller, Magnus Hirschfeld, Arthur Kronfeld, Richard Linsert, Heinz Stabel, Dr. phil. Helene Stöcker, Felix A. Theilhaber, Dr. jur. S. Weinberg (Mitglied des Preuß. Staatsrats), Justizrat Weithauer. Inzwischen ist der amtliche Entwurf, vom Reichsrat unwesentlich abgeändert, an den Reichstag gelangt. Die bis in alle Einzelheiten wohldurchdachte kritische Arbeit stellt einen Gegenentwurf dar, an dem kein unbefangener und auf eine Besserung der bestehenden Bestimmungen ernstlich bedachter Gesetzgeber vorübergehen darf. Hat sich doch der ganze Komplex der Normen über Sexualdelikte auch im amtlichen Entwurf — wenn dieser auch in einigen Punkten gegenüber dem geltenden Gesetz Fortschritte aufweist — nicht von der alten kirchlichen Tradition freimachen können, die sich mit der modernen Auffassung des Geschlechtslebens schwer vereinen läßt. Die Schrift ist für den ärztlichen wie juristischen Leser gleich aufschlußreich und anregend.

F. Callomon-Dessau.

Kurzer Leitfaden der Malariatherapie, von B. Dattner und O. Kauders-Wien. (Preis RM. 2.40. Verlag F. Deuticke, Wien 1927.) Der Darstellung liegen im wesentlichen Untersuchungen an dem großen Material der Wagner-Jaureggschen Klinik in Wien zugrunde. Die kurze Darstellung läßt den vorliegenden Abriß für den Praktiker zur ersten Information wohl brauchbar erscheinen. Das Fehlen von Abbildungen (Fieberkurven), auch besonders der Mangel einer Besprechung der Malariaparasitologie und anderer Verhältnisse des Blutbildes ermöglicht nicht, tiefer in die Materie einzudringen. Die Verff. verweisen selbst auf das unentbehrliche Studium spezieller Darstellungen der verschiedenen Seiten dieses Gebietes, z. B. des Gerstmannschen Lehrbuches hin.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Einstellung zur Röntgenologie, von G. Holzknecht. (Preis RM. 8.60. Verlag J. Springer-Wien 1927.) Die Röntgenologie, das jüngste Sonderfach in der Medizin, das in den vergangenen 30 Jahren eine rapide und glänzende Entwicklung genommen hat, befindet sich in lebhafter Auseinandersetzung mit den großen medizinischen Hauptfächern und ringt um seine Selbständigkeit. In dem Widerstreit der Meinungen übersehen die wenigsten den ganzen vielseitigen Komplex von Problemen, welche mit der Frage der Stellung der Röntgenologie in praktischer Ausübung, Forschung und Unterricht verbunden sind. Das Holzknechtsche Buch sucht in allen diesen Fragen noch keine Entscheidung, sondern ist geschrieben, um die hierhergehörigen Probleme erst einmal in ihrem ganzen Umfange aufzurollen. Wenn der Verf. sich auch auf eine Gegenüberstellung der gegensätzlichen Meinungen beschränkt, so kristallisiert sich doch für den Leser als erstrebenswertes Ziel der Wunsch heraus, neben der berechtigten Aufteilung der speziellen Röntgenologie auf die Einzelfächer an zentralen Instituten die Kontinuität der Tradition gewährleistet zu sehen und für die angehenden Mediziner die Unterweisung in der allgemeinen Röntgenologie zu fordern. In meisterhafter Darstellung hat es H. verstanden, die sich in allen Einzelfragen gegenüberstehenden Anschauungen objektiv zu Worte kommen zu lassen. Überall herscht das Bestreben, die speziellen Belange der Röntgenologie zurückzuführen auf allgemeine Grundfragen der Struktur der Medizin überhaupt. Und wenn der Verf. hierzu oft weit ausholt und scheinbar von seinem Thema abschweift, so zeigt sich gerade in solchen Abschnitten wie dem über die Grundelemente des ärztlichen Handelns seine überlegene Einstellung. In Summa: Ein sehr nachdenkliches, höchst beachtliches und äußerst aktuelles Buch.

H. Holthusen-Hamburg.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Literatur

Syphilis

d. Serologie

Les poussées temporaires de la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis tardive (Die seropositiven Schwankungen der Wassermannschen Reaktion bei der Spätsyphilis), von A. Sézary, J. Fernet und L. Gallerand. (Presse méd., 1927. Nr. 53. S. 833.) Dieses Phänomen wurde bereits 1914 beobachtet; seit etwa 7 Jahren verfolgten Verff. diese Schwankungen. Bei 1000 Patienten, die von 1921 angefangen 3 bis 6mal jährlich serologisch kontrolliert wurden, gab es 41 Fälle, die in einem Zeitraum von 2—6 Jahren seropositiv wurden, und zwar zeigten 21 Fälle 1, 13 Fälle 2, 2 Fälle 3, 6 Fälle 4 positive Zacken; bei längerer Beobachtungszeit dürften diese Schwankungen noch viel häufiger vorkommen. Die Dauer der positiven Zacken, die durch häufig sich folgende Untersuchungen kontrolliert wurden, dauerten 1—18 Monate, in einem Falle 3 Jahre. Bei öfterem Auftreten ist die Dauer verschieden lang, auch das Intervall variiert. Umgekehrt, wenn auch sehr selten, kann ein fast dauernd positiver Fall durch kurze negative Zacken unterbrochen werden (Paralyse). Bei mindestens 4% fanden Verff., daß die nach der Sekundärperiode negativ gewordene WR vereinzelte vorübergehende positive Schwankungen aufwies. 15 Fälle, die vor der Behandlung negativ waren, wurden nach einer kompletten Behandlung positiv, hier könnte die Medikation als Ursache angenommen werden, diesen sind 26 Fälle gegenübergestellt, wo die Therapie vollkommen ausscheidet. 16 Fälle wiesen eine beginnende Lues innerer Organe auf, bei den anderen dürfte das Lumbalpunktat sicher pathologische Veränderungen aufweisen; der wichtigste Faktor allerdings liegt in ungenügender Behandlung (34 Fälle).

S. Habermann-Prag.

Über den Einfluß der Temperaturverhältnisse auf den Ausfall der Wassermannschen Reaktion, von G. M. Fraenkel und E. E. Jolkwer-Kiew. (Zbl. f. Bakt., 1927. Bd. 103, H. 4/5, S. 290.) Bei Ausführung der WR nach der Kaupschen Technik vergrößert das Verfahren von Graetz-Schwab die Zahl der positiven Resultate und macht die Reaktion empfindlicher, ohne ihre Spezifität zu beeinträchtigen. Die Ursache hierfür liegt an der individuellen Fähigkeit der luetischen Sera, mit dem Antigen bei niedrigeren oder bei höheren Temperaturen zu reagieren. In einigen Fällen spielt auch die individuelle Eigenschaft des Komplements eine gewisse Rolle. F. Harry-Wiesbaden.

Le pouvoir antigénique de la bile dans la réaction de Wassermann (Die antigene Fähigkeit der Galle bei der Wassermannschen Reaktion), von N. A. Michaelides. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 460—461.) Zur Stabilisierung der antigenen Fähigkeit alkoholischer und wäßriger Extrakte hat man Cholesterin oder Lezithin eingeführt, auch hat man als Antigen einen von künstlich ikterisch gemachten Tieren herrührenden Extrakt benutzt. Verf. hat mit günstigem Erfolge Versuche angestellt, die Galle als Antigen zu benutzen und die dafür erforderlichen Verdünnungen ausgeprobt. E. Levin-Berlin.

Die serologische Syphilisdiagnose durch die Kuppenablesung der Meinickeschen Trübungsreaktion, von G. Elkeles-Charlottenburg-Westend. (D. m. W., 1927. Nr. 30, S. 1265.) Die verschärften Meinicke-Extrakte eignen sich für die Kuppenablesung nicht, ebenso die Balsamextrakte nach Laubenheimer, da sie zu schwach eingestellt sind. Um beide Extrakte für die Kuppenablesung brauchbar zu gestalten, mischt man Meinicke-Extrakt mit Laubenheimer-Extrakt zu gleichen Teilen, läßt die Mischung einige Tage auf dem Brutschrank stehen und verdünnt sie dann zum Gebrauch im Verhältnis 1 + 11 (1 + 11 NaCl 3%). F. Harry-Wiesbaden.

Parallelism Between Herxheimer and Kahn Reactions (Parallelismus zwischen der Herxheimerschen Reaktion und der Kahnschen Probe), von J. E. Houghton-Washington. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 10, S. 719.) Bei 2 Fällen von Syphilis im sekundären Stadium mit positiver Kahnscher Reaktion erfolgten auf Verabreichung von Arsphenamin in therapeutischer Dosis einerseits eine starke Herxheimersche Reaktion und andererseits eine sehr erhebliche Vermehrung der Reaktionseinheiten in der Kahnschen Probe und im weiteren Verlauf ein ebenso in den folgenden Tagen parallel sich vollziehendes Nachlassen beider Erscheinungen. Verff. folgern hieraus, daß die Herxheimersche Reaktion und die Kahnsche Reaktion auf die Wirkung eines und desselben Faktors zurückzuführen sein dürften. A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Digitized by Google

Twenty-six Thousand Kahn Tests Compared with the Wassermann (26000 Kahnsche Reaktionen verglichen mit der Wassermann-Reaktion), von Th. G. Hull. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 24, S. 1865.) Beschreibung der Untersuchungsmethode. Es wird in 97,8% Übereinstimmung erzielt. Bei den nicht übereinstimmenden zeigt sich eine größere Empfindlichkeit der Kahnschen Reaktion. Sie ist außerdem bequemer, schneller und billiger als die WR und gibt weniger zu Irrtümern und technischen Fehlern Anlaß. H. Colman-Berlin.

Report on Three Hundred Thousand Kahn Tests (Bericht über 300000 Kahn-Reaktionen), von R. L. Kahn, P. L. Kendrick und J. L. Landau. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 2, S. 84.) Bezugnehmend auf die von Kahn 1922 veröffentlichte Technik seiner Flockungsreaktion werden an einem sehr großen Material die Ergebnisse der Wassermannschen und der Kahnschen Reaktion einander gegenübergestellt. Dabei ergibt sich, daß bei 174580 Sera die Kahnsche Reaktion etwas empfindlicher als die Wassermannsche gewesen ist. Das gleiche soll sich ergeben bezüglich Veränderungen während der Syphilisbehandlung selbst nach Untersuchung an 8661 Fällen. Vergleichende Untersuchungen an 1184 Rückenmarksflüssigkeiten zeigen eine gleichmäßige Empfindlichkeit beider Methoden, ausgenommen, daß die antikomplementären Eigenschaften der Spinalflüssigkeit, welche oft das Ablesen des Wassermanns verhindern, in keiner Weise die Kahnsche Reaktion behindern. Danach ergibt sich für die Verf., daß sich nach Anstellung von mehr als 300000 Kahn-Reaktionen diese Untersuchung als wertvolle Bereicherung der Laboratoriumsmethoden zur Syphilisdiagnose erwiesen hat. W. Kirschbaum-Hamburg.

Die Emanuelsche Mastixreaktion der Rückenmarksflüssigkeit in neuer Form, von G. Emanuel und H. Rosenfeld, Derm. Abt. Rud.-Virchow-Krkhs. Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 29, S. 1375.) Verff. teilen eine Modifikation der Emanuelschen Mastixreaktion mit, indem sie diese durch die Einbringung standardisierter Lösungen als gepufferte Mastixreaktion verbessert und vereinfacht haben. Durch den Pufferzusatz ist eine Konstanz aller notwendigen Faktoren, wie Wasser, Glas, alter Liquor usw. erreicht. Es wird mit einer konstanten Wasserstoffionenkonzentration in allen Röhrchen gearbeitet, so daß auch kein Konzentrationsabfall zu verzeichnen ist. Der Salzvorversuch ist dadurch ebenfalls überflüssig geworden. Man erhält mit dieser vereinfachten, aber um so sicherer arbeitenden Methodik eine prägnante, der Goldsolkurve sehr ähnliche Kurve, die ebenfalls in 5 Trübungsgraden unterschieden wird. Das Genauere der Technik muß im Original nachgelesen werden, über die klinischen Ergebnisse wird später berichtet. E. Langer-Berlin.

Die ambulante Lumbalpunktion, von O. Dahmen-Hamburg und S. Somogyi-Budapest. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 17, S. 611.) Beschreibung der Methodik der ambulanten Lumbalpunktion mittels der Wechselmannschen Technik (Verwendung dicker Führungsnadeln und dünner Punktionsnadeln) zur Vermeidung meningealer Reizerscheinungen. Nur in 2% derartig punktierter Fälle trat Kopfschmerz auf. Ablehnung der Zisternenpunktion wegen der damit verbundenen Gefahren. Beschreibung einer Modifikation der Wechselmannschen Kanüle (größerer Ansatzkonus, Verstärkung der dünnen Nadel, Verwendung rostfreien Chromstahls). C. L. Karrenberg-Hamburg.

Die ambulatorische Lumbalpunktion, von B. Dattner-Wien. (W. kl. W., 1927, Nr. 14, S. 450.) Die ambulatorische Lumbalpunktion mit dünner Kanüle (0,4 mm) hat in 4% der Fälle erhebliche Punktionsbeschwerden zur Folge, besonders die Patienten mit negativem Liquor stellen das größte Kontingent zum Meningismus, von dem Verf. annimmt, daß neben dem konsekutiven Liquorverlust Verschiebungen des hydrodynamischen Gleichgewichts im Liquorsystem die Ursachen sind. Die Methode des Verf. stellt trotzdem einen so beträchtlichen Fortschritt dar, daß er sie als Methode der Wahl für den Praktiker hinstellen möchte. M. Cohn-Dresden.

Die Bedeutung der Subokzipitalpunktion, von Kölliker-Leipzig. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 3, S. 82.) Kurze Übersicht. Nichts Neues. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Liquoruntersuchungen bei kongenital-luetischen Kindern, von O. Tezner-Wien. (Mschr. f. Kinderhlk., 1927, Bd. 35, H. 5, S 398 u. H. 6, S. 547.) Bei 72 Säuglingen mit kongenitaler Lues wurde der Liquor fortlaufend kontrolliert. 57% hatten pathologische Veränderungen. Von 71 älteren Kindern mit Lues zeigten 27% pathologischen Liquor, darunter 12 Fälle von Nervenlues. Die Abnahme der pathologischen Liquorveränderungen im späteren Kindesalter führt Verf. auf spontanen Rückgang zurück. Ein pathologischer Liquor im Säuglingsalter läßt keinen Schluß auf spätere Nervenlues zu; im späteren

Digitized by Google

Kindesalter ist dagegen ein solcher zum mindesten als verdächtig zu bezeichnen, zumal wenn tertiäre Organsymptome fehlen. Bei zahlreichen Kindern wurde die Malariabehandlung durchgeführt. In allen Fällen kam es zu einem deutlichen Rückgang der Liquorerscheinungen. Vollentwickelte Fälle von Nervenlues reagierten nur ausnahmsweise günstig auf diese Behandlung. Sie wird deshalb vor allem als prophylaktische Maßnahme bei jenen Kindern empfohlen, die zwar einen pathologischen Liquor, jedoch keine tertiären Organsymptome aufweisen. Bei 94 syphilitischen Säuglingen betrug die Sterblichkeit 54,2%; 23 starben vor Einleitung der Behandlung. 22 Säuglinge konnten mit negativem Blutwassermann entlassen werden. Bei 11 von den restlichen 21 war die Behandlung ungenügend, während 10 sich jeder Therapie gegenüber als resistent erwiesen. Von den älteren Kindern konnten nur 20 ausreichend behandelt werden; hiervon wurden 3 negativ. Spontaner Rückgang der WR nach früherer erfolgloser Behandlung konnte einwandfrei beobachtet werden. Unter den 56 jüngeren liquorpositiven zeigten 18, unter 54 älteren dagegen 41 klinische Nervensymptome aller Art. Dieses spricht für die Ansicht des Verfassers, daß positiver Liquor im Säuglingsalter von geringer, bei älteren Kindern dagegen von ganz wesentlicher prognostischer Bedeutung ist.

R. Ley-Kreuznach.

Beobachtungen am Liquor des kongenital-luetischen Kindes, von K. Samson. Kinderkl. Städt. Krkanst. Dortmund. (Mschr. f. Kinderhlk., 1927, Bd. 36. H. 1. S. 16.) Von 25 Fällen kongenitaler Lues waren 28% vollkommen liquornegativ, 8% hatten nur leichte Lymphozytose, 4% nur Mastixzacke, der Rest mehr oder minder starke Veränderungen fast aller Reaktionen. 12% hatten einen ausgesprochen meningitischen Befund. In der überwiegenden Mehrzahl (60%) war die Ph. I schwächer als die WR. in 20% beide negativ. Die WR ist demnach im Verein mit der Ph. I eine willkommene Verbesserung der Liquordiagnostik bei der Lues. Am häufigsten war die Mastixkurve positiv. Die WR war nur selten positiv, einmal sofort, einmal im Laufe der Behandlung. Bei beiden Fällen war eine Beteiligung der Hirnhäute sicher, demgegen gab es auch meningeale Prozesse ohne positive WR im Liquor. Für die Behandlung hat die Liquordiagnostik nur eine geringe Bedeutung, da mit und ohne Behandlung die Symptome schwinden können, ganz selten aber auch sich unter der Behandlung vermehren. Prognostisch scheint ein ausgesprochener Meningitisbefund bezüglich der geistigen Funktionen ungünstig zu sein.

R. Ley-Kreuznach.

e. Therapie

Probleme der Luestherapie, von S. Fuss-Ludwigshafen. (Med. Welt, 1927, Jahrgang 1, Nr. 25, S. 909.) Verf. geht von der Frage aus, ob die von verschiedenen Seiten gemeldete Zunahme der Viszerallues für den Praktiker ein Grund sei, seine bisherigen therapeutischen Maßnahmen zu modifizieren. Er bespricht kurz kritisch die Ergebnisse des Tierexperimentes (schnelles Eindringen der Spirochäte in die regionären Drüsen, Infektiosität der Drüsen bei negativem äußerem Verlauf der Infektion), warnt vor allzu großer Verallgemeinerung dieser Ergebnisse in bezug auf die Erkrankung beim Menschen und formuliert dann seine eigene Ansicht dahin, daß es durch eine intensive Frühbehandlung möglich ist, die Lues zu heilen; dabei betont er, daß eine Beobachtungsdauer von 15 Jahren noch zu kurz sei, um ein endgültiges Urteil abzugeben, daß aber praktisch bei jahrelanger sorgfältiger Kontrolle mit einer Heilung zu rechnen ist. Unsere therapeutischen Maßnahmen für das wechselnde Bild der Lues verantwortlich zu machen, lehnt Verf. an Hand anderer Beispiele ab; die letzten Ursachen für das „proteusähnliche Wechseln" des Krankheitsbildes sind uns ebenso unbekannt wie bei anderen Infektionskrankheiten, z. B. Scharlach und Grippe. Mit Hilfe unserer Therapie ist es gelungen, die steil ansteigende Morbiditätskurve der Nachkriegsjahre zum Abfall und hoch infektiöse Symptome zum Verschwinden zu bringen, mithin einen für die Menschheit erträglichen Zustand der Erkrankung zu erreichen; deshalb ist die bisherige Therapie, insbesondere die intensive Frühbehandlung, unbedingt beizubehalten.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Die Haut als Abwehrorgan, von E. Finger. (W. kl. W., 1927, Nr. 14, S. 445 und Nr. 15, S. 493.) Der Verf. stellt bei seinem großen und sorgfältig beobachteten Material fest, daß auch bei gründlichster Behandlung zahlreiche Patienten an Tabes, Paralyse und Aortitis erkranken. Der spätlatente positive Liquor allein macht noch keine Lues. Hierzu ist eine ganz besondere biologische Verfassung der Haut, die „passive Anergie" nötig, die darin besteht, daß die Haut auf Luetin nicht reagiert, Impfungen mit virulentem Material nicht haften und spontan keine Gummen auftreten.

Digitized by Google

Aber zur negativen Anergie, der negativen Luetinprobe der Haut muß positiver Liquor treten, erst dann sind die Vorbedingungen zur Metalues gegeben. Die rasche Abnahme der Sexualkrankheiten in den letzten Jahren erklärt Verf. als eine der häufigen Schwankungen, wie sie wiederholt beobachtet worden sind, nicht als einen Erfolg der modernen Behandlung. Die Therapie der Lues wird so einzurichten sein, daß die Haut, ein wichtiges Abwehrorgan im Kampfe gegen das Virus, in dieser Funktion nicht gestört oder ausgeschaltet, sondern gefördert und unterstützt wird. M. Cohn-Dresden.

Die Therapie der Aortensyphilis, von H. Schlesinger, III. Med. Abt. Allg. Krkhs. Wien. (Ther. d. Gegenw., 1927, H. 4, S. 145.) Verf. empfiehlt folgende Behandlung: Er beginnt mit 0.5—1,0 Jodnatrium und steigert die Dosis auf 2—3 g. Bald nach Beginn der Jodbehandlung gibt Verf. Hg oder Bi Erst nach der 4—5. solchen Spritze Einschleichen mit Neosalvarsan (Beginn mit 0,075, allmähliche Steigerung auf 0.15. 0,3 und schließlich auf 0,45). Gesamtmenge bei einer Kur: 2.5—3,0 g Neo und 20 Spritzen Hg oder Bi. Anfang und Ende der Kur ohne Neo. Nach beendeter Kur läßt Verf. Zittmanndekokt nehmen (100—200 g 2mal täglich). Die Behandlung dauert etwa 3 Jahre: im 1. Jahre 2 Kuren, im 2. Jahre 1—2 Kuren, im 3. Jahre 1 Kur; bei stärkeren Beschwerden mehr. Bei anginösen Beschwerden und kardialer Dyspnoe: große Vorsicht mit Neosalvarsaninjektionen, dann lieber Stovarsol. Kompensationsstörungen und Angina pect. verlangen gleichzeitige entsprechende interne Behandlung. — Prognose: Die Erfolge bei dieser Art der Behandlung sind günstig. Je jünger ein Kranker mit Aortenlues, um so schlechter die Prognose; nur die Hereditärluetiker sind günstiger zu prognostizieren. Anginöse Beschwerden sind ein ungünstiges Zeichen, kardiale Dispnoe ein infaustes Symptom. Es gibt auch gutartige Fälle: so verlaufen die bei Tabes und Paralyse häufigen Mesaortitiden fast völlig symptomlos. Dauerheilungen hat Verf. im Gegensatz zu anderen Autoren nicht beobachten können. E. Tangl-Eger.

Über Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur, von E. Müller, Waisenhaus Rummelsburg. (M. Kl., 1927, Nr. 28, S. 1057—1059.) Die intensive Behandlung der angeborenen Syphilis hat unbedingt gute Erfolge erzielt; verbesserungsbedürftig ist noch der Einfluß auf die geistige Entwicklung. Ganz zurückzuweisen ist die Behauptung, daß diese durch starke Salvarsanbehandlung beeinträchtigt wird. Das ist auch nicht der Fall durch eine neuerlich eingeführte stärkere Kur, durch die beabsichtigt wird, durch eine einzige Kur den gewünschten Erfolg (dauernde klinische und serologische Rezidivfreiheit) zu erreichen, um Krankenhausaufenthalt und Anwendung von Medikamenten (gegenüber bisheriger dreimaliger Kur) herabsetzen zu können. Die Kur besteht aus 12 intravenösen Neosalvarsaneinspritzungen zu 0.04 und und 12 intramuskulären Kalomeleinspritzungen zu 0,002 pro Kilo Körpergewicht innerhalb 12 Wochen. Bei dieser Kur sind bisher trotz langdauernder Nachkontrolle höchstens 2 Rezidive beobachtet worden (eine sichere, eine zweifelhafte positive WR); die Sterblichkeit der Kinder entsprach der bei früheren Behandlungen. Im allgemeinen wird ein Kind, wenn es $^1/_4$ Jahr nach der ersten Kur frei von klinischen Erscheinungen und wiederholt wassermannegativ geblieben ist, keine klinischen oder serologischen Rezidive mehr zeigen. Die bisherigen Ergebnisse beziehen sich nur auf Säuglinge. Andere Methoden, auch mit Wismut, wirken nicht so nachhaltig. E. Levin-Berlin.

Syphilisrückgang und Salvarsan, von Schendel-Berlin. (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 454.) Verf. hebt gegenüber der Behauptung Jadassohns, der auf Grund seiner Enquete den Syphilisrückgang auf die Salvarsanbehandlung zurückführt, hervor, daß ein eigentlicher Rückgang nicht seit Einführung des Salvarsans zu verzeichnen ist, was doch das Wahrscheinlichere wäre, wenn der Rückgang nur auf dieses Mittel zurückzuführen ist. sondern erst seit Beginn der Wismutbehandlung. Er glaubt daher, daß die Wismutbehandlung in erster Linie die Ursache für das Schwinden der Lues sei.
E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von J. Jadassohn-Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 455.) Gegenüber den Auslassungen Schendels betont J., daß in vielen Ländern der Rückgang der Lues schon eingesetzt habe, ehe das Wismut allgemein in die Therapie eingeführt war. Außerdem ist die intravenöse Salvarsanbehandlung erst allmählich, vielfach erst nach dem Kriege Allgemeingut der Ärzte geworden. Es wird schwer sein, ein sicheres Bild von der Wirksamkeit der alleinigen Wismutbehandlung zu gewinnen, da die meisten, wie auch J. selbst, kombiniert mit Salvarsan und Wismut behandeln. Im übrigen sollten wir froh sein, jetzt zwei so gute Antisyphilitika wie Salvarsan und Wismut zu besitzen.
E. Langer-Berlin.

Digitized by Google

Syphilisrückgang und Salvarsan, von H. Ruge, Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrkh. Hamburg. (Kl. W., 1927. Nr. 26, S. 1237.) Bezugnehmend auf den Jadassohnschen gleichlautenden Aufsatz hebt Verf. die große Bedeutung wirtschaftlicher und moralischer Momente für den Rückgang der Geschlechtskrankheiten, insbesondere der Lues, hervor. An Hand des großen von dem Verf. zusammengestellten Materials der Geschlechtskrankheiten bei der Marine kann er nachweisen, welch großen Einfluß die Einführung der Zwangsprophylaxe bei der Marine gehabt hat. Der starken Zunahme nach Aufhebung derselben am Ende des Krieges steht ein rapider Abfall der Geschlechtskrankheitenfrequenz vom Jahre 1923 ab gegenüber, als die Zwangsprophylaxe von neuem eingeführt wurde. Es ist nicht gerechtfertigt, der Behandlung an erster Stelle den Rückgang zuzuschreiben, da auch die anderen Geschlechtskrankheiten bei der Marine einen bedeutenden Abfall aufzuweisen haben. E. Langer-Berlin.

Erwiderung, von J. Jadassohn-Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 26, S. 1238.) Jadassohn kann sich mit dem Rugeschen Aufsatz nicht voll einverstanden erklären. Er erkennt zwar ohne weiteres das hohe Verdienst der Zwangsprophylaxe an, die zwar bei der Marine, nicht aber bei der Bevölkerung, eine große Rolle spielt. Auffallend erscheint ihm trotzdem, daß zwischen den Zahlen der Syphilis und denen für die Blennorrhoe eine große Divergenz beim Vergleich mit dem Vorkriegsverhältnis dieser beiden Erkrankungen zueinander bleibt. Es muß daher doch bei der Lues noch ein weiteres Moment als ausschlaggebend hinzukommen, das J. in der antiluetischen Behandlung, und zwar in erster Linie in der Salvarsanbehandlung sieht. Es kann erst die Zukunft lehren, ob die sogenannten natürlichen epidemiologischen Schwankungen auch bei der Lues von der Therapie unbeeinflußt bleiben, oder ob doch die Behandlung hier mehr oder weniger stark ausgleichend wirkt. E. Langer-Berlin.

Accidents des médications antisyphilitiques (Zufälle bei der Behandlung mit den Antisyphilitizis), von A. Tzanck. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 686—698.) Schon die früheren Medikamente, besonders aber die neueren zeigen gewisse für den Kranken gefährliche Nebenwirkungen, die aber in keinem Verhältnis zu ihrem Nutzen stehen. Sie beruhen z. T. auf der Toxizität des Medikamentes und müssen durch Kontrolle ausgeschaltet werden, z. T., und zwar häufiger beruhen sie auf dem Kranken selbst, und sind dann oft schwer zu erklären. Gewisse Warnungszeichen müssen genau beachtet werden, doch lassen sich nicht in jedem Falle unangenehme Zufälle vermeiden. E. Levin-Berlin.

Contrôle des médicaments antisyphilitiques envisagé au point de vue pharmacologique et chimique (Kontrolle der Antisyphilitika vom pharmakologischen und chemischen Standpunkt aus), von Meillère. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 651—662.) Die große Toxizität aller Antisyphilitika und die häufig, besonders bei den neueren Mitteln beobachteten Nebenerscheinungen lassen eine staatliche Aufsicht über Fabrikation und Abgabe berechtigt erscheinen. Nach Schilderungen der in Amerika und Deutschland bereits bestehenden Kontrollsysteme, welchen letzteren auch die Kommission des Völkerbundes zuneigt, werden die in Frankreich vorhandenen Einrichtungen und die erforderlichen Verbesserungen dargelegt. E. Levin-Berlin.

De l'activité thérapeutique des médicaments antisyphilitiques usuels (Über die therapeutische Wirksamkeit der gebräuchlichen Antisyphilitika), von Jeanselme und Sézary. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 698—706.) Die Wirksamkeit der verschiedenen Medikamente wird an dem Verhalten der Spirochäten im Primäraffekt, der WR, des Liquors, der Möglichkeit einer Reinfektion, der Erzeugung gesunder Kinder, dem Verlaufe der Krankheit (besonders mit bezug auf das Auftreten späterer organischer Veränderungen) erkannt. Da keins der Mittel voll befriedigt, ist die kombinierte Behandlung, besonders Salvarsan-Wismut, zu empfehlen. Eine Rolle spielt bei der Behandlung oft auch der Weg, auf dem das betreffende Medikament angewendet werden kann, bzw. der für die vorliegende Indikation am geeignetsten erscheint. E. Levin-Berlin.

Etude de trente éléments, du point de vue de leurs propriétés curatives dans la syphilis expérimentale (Studium an 30 Elementen vom Gesichtspunkt ihrer Heilwirkung bei der experimentellen Syphilis), von C. Levaditi. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 167—170.) Von den 30 bei der experimentellen Kaninchensyphilis oder der spontanen Spirochätose der Kaninchen untersuchten Elemente erwiesen sich 7 (Vanadium, Arsen, Tellur, Platin, Gold, Merkur, Wismut) als wirksam. Von diesen wirken ebenso wie eine organische oder anorganische, lösliche oder unlösliche Verbindung, abgesehen von Gold, auch feine metallische Verteilungen. Das Atom-

Digitized by Google

gewicht und die Stellung der Elemente in dem System von Mendelejeff stehen zu ihrer therapeutischen Wirksamkeit nicht in fester Beziehung; allerdings gehören 3 (Vanadium, Arsen, Wismut) zur Gruppe V, 5 wirksame Elemente (Tellur, Platin, Gold, Quecksilber, Wismut) haben hohe Atomgewichte (zwischen 127 und 209), die bei 4 von ihnen fast genau aufeinanderfolgen (Platin = 195, Gold = 197, Quecksilber = 200, Wismut = 209).
E. Levin-Berlin.

Le contrôle physiologique des arsénobenzols (Die physiologische Kontrolle der Salvarsanpräparate), von P. Gley. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 663—686.) Als Grundlage der erforderlichen Maßnahmen werden die Wirkungen auf die verschiedenen physiologischen Funktionen eingehend geschildert. Die Notwendigkeit einer Kontrolle ergibt sich aus der Beobachtung, daß serienweise Intoxikationserscheinungen bei Anwendung der gleichen Fabrikationsnummer auftraten; andererseits erwies sich von anscheinend ganz gleichartigen Präparaten das eine toxischer als das andere. Es muß also eine genaue Prüfung der in Verkehrsetzung vorangehen, wie sie in verschiedenen Ländern, besonders wirksam in Deutschland besteht und auch in Frankreich nach näher dargelegten Grundsätzen verlangt werden muß.
E. Levin-Berlin.

A propos du contrôle physiologique des novarsénobenzènes (Zur physiologischen Prüfung des Salvarsans), von L. Launoy. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 22, S. 324—327.) Als Versuchstiere können Mäuse neben Kaninchen Verwendung finden, doch sind die Ergebnisse an ersteren nicht sicher genug, um letztere ausschalten zu können. Es ist nicht richtig, wie von anderer Seite behauptet wird, daß Kaninchen keine genügenden Chokerscheinungen zeigen; vielmehr treten durch Salvarsan solche bei der Maus auch auf schnell ausgeführte intravenöse Einspritzungen physiologischer Kochsalzlösung auf. Als Probedosis soll bei der Maus eine solche zwischen 0,007 und 0,085 gewählt werden.
E. Levin-Berlin.

Les arsénobenzols. Méthodes d'analyse et d'appréciation chimique (Die Salvarsanpräparate. Methoden der Analyse und der chemischen Würdigung), von P. Breteau. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 25, S. 823—826.) Aus der Herstellung und Zusammensetzung der Salvarsanpräparate ergibt sich die Notwendigkeit einer physiologischen Kontrolle, da sich aus der chemischen nicht auf mehr oder weniger große Toxizität des Präparates schließen läßt.
E. Levin-Berlin.

Die Beziehungen zwischen Salvarsanbehandlung und Auftreten der Metalues, von L. Spitzer-Wien. (M. m. W., 1927, Nr. 15, S. 636.) Aus 406 ausgewählten Fällen seiner Privatklientel zieht Verf. folgende Schlüsse: Die Nervenschädigungen werden durch die jetzt übliche kombinierte Behandlung nicht vermindert, sie scheinen sogar in einem früheren Zeitpunkt aufzutreten als bei der reinen Hg-Therapie. Verf. verknüpft damit die alte Beobachtung, daß Patienten mit starken Haut- und Schleimhauterscheinungen nicht zu Metalues neigen, und warnt vor der Vernachlässigung der natürlichen Abwehrkräfte des Körpers. Nichts sei gefährlicher als die Schematisierung der Luestherapie, die in ihrer jetzigen Ausgestaltung seiner Ansicht nach einer gründlichen Revision bedarf.
E. Tangl-Eger.

Klinische Erfahrungen mit Myosalvarsan, von E. Hofmann, Derm. Univ.-Kl. Frankfurt a. M. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1009.) Die Wirkung des Myosalvarsans in bezug auf die Beeinflussung der Spirochäte, wie der klinischen Erscheinungen ist dem Neosalvarsan gleichzustellen. Vorübergehend wurden Temperaturerhöhungen, einigemal auch Salvarsanexantheme beobachtet. Infiltrate selten und schmerzlos. Das Mittel ist besonders wertvoll bei starkem Fettpolster, tiefliegenden Venen und Kinderlues.
M. Cohn-Dresden.

Zur Behandlung der kindlichen Lues mit Spirozid, von R. von den Steinen, Univ.-Kinderkl. Jena. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1006.) Verf. verfügt über 9 Fälle von Kindern, von 2 Monaten bis $8^1/_2$ Jahren, die mit Spirozid (Gesamtdosis durchschnittlich 10—15 g per os) behandelt wurden. Alle waren zu Beginn WR-positiv; makulopapulöse Exantheme, Koryza, bei einem Kinde gleichzeitig doppelseitige Parrotsche Lähmung (völlige klinische Heilung dieser Lähmung nach 17 Tagen); die anderen spezifischen Erscheinungen schwanden in etwa 3 Wochen. Außer einem Kinde mit verschleppter Lues sind alle übrigen nach einmaliger Kur negativ geworden. Zur Beurteilung der Rezidive ist die Zeit noch zu kurz. Jedenfalls erscheint dem Verf. Spirozid als das Mittel der Wahl in der Behandlung der Säuglingslues, das er auch prophylaktisch angewendet wissen will.
M. Cohn-Dresden.

Digitized by Google

Contribution à l'étude de la tolérance et de la résorption des sels de bismuth par l'organisme (l'isooxypropylènediarsinate de bismuth) (Beitrag zum Studium der Toleranz und der Resorption der Wismutsalze durch den Organismus [isooxypropylendiarsinsaures Wismut]), von Laurent-Gérard und Oechslin. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 26, S. 845—847.) Das genannte Präparat kommt in 2 Formen vor, von denen die eine eine freie Hydroxylgruppe hat, während diese bei der anderen durch innere Ätherisierung neutralisiert wird. Diese letztere Form zeigte eine bessere Resorptionsfähigkeit und reizte weniger. Die Wirkung auf klinische Erscheinungen und WR kam der der besten Präparate gleich. E. Levin-Berlin.

Über toxische Erscheinungen von seiten der Haut während der Wismutbehandlung, von L. Heiner-Szegedin. (Budapesti Orv. Ujsag., 1927, Nr. 19.) Die während der Wismutbehandlung auftretenden Hautaffektionen haben sehr viel Ähnlichkeit mit den Quecksilber- bzw. Salvarsandermatitiden. Es kommt nur sehr selten zu sudaminaartigen Ekzemen, bullösen Exanthemen oder Pruritus, eine weit größere praktische Bedeutung kommt den urtikaria-, erythem- bzw. purpuraähnlichen Krankheitsbildern zu, ferner dem Zoster und schließlich jener Form der Bi-Embolie, welche in der Form eines Herpes auftritt. Es handelt sich meist um ephemere Erscheinungen, welche keine besondere Behandlung erheischen und die Unterbrechung der Kur nur auf kurze Zeit nötig machen. Bei eventuellen schwereren Erscheinungen ist die Kur zu unterbrechen und man hat zu versuchen, den Organismus mit kleinen Dosen zu desensibilisieren. Lokal kann man milde Teerpräparate, oder bei persistierenden Veränderungen die Röntgenbestrahlung anwenden. Bei ausgebreiteten Veränderungen greift man zu Injektionen von Natriumthiosulfat. K. v. Berde-Szegedin.

Pyrétothérapie par le vaccin strepto-bacillaire dans la paralysie générale et la sclérose en plaques (Fieberbehandlung mit Streptobazillen-Vakzin bei der progressiven Paralyse und der multiplen Sklerose), von A. Sézary und A. Barbé. (Progr. méd., 1927, Nr. 30, S. 1146—1150.) Da die Grundlagen der Malariafieberbehandlung noch nicht sichergestellt sind und in manchen Fällen sich gefährliche Nebenwirkungen gezeigt haben, wurden Versuche einer Fieberbehandlung mit dem unter dem Namen Dmelcos von Streptobazillen hergestellten Vakzin unternommen, das absolut nicht toxisch ist. Bei 6 Paralytikern zeigten sich gewisse Veränderungen des Liquors, keine klinischen Besserungen; das Fieber allein kann also nicht die Wirkung der Malariabehandlung bedingen. In 3 Fällen von multipler Sklerose wurde keine Besserung erzielt.
E. Levin-Berlin.

Beobachtungen über die Behandlung der progressiven Paralyse mittels Kulturen von Spirochaeta Obermeier, von T. Judin. (Kasanskij Medicinskij Journal. 1927, Nr. 6/7.) Nach vorheriger experimenteller Feststellung des Virulenzgrades der Kultur von Obermeierschen Spirochäten läßt sich die Dosis bestimmen, welche keine schweren Anfälle von Rekurrens erzeugt und welche vollkommen genügt zur Behandlung der progressiven Paralyse. Bei den Versuchen des Verf. erwies sich 0,2—0,2 ccm der Kultur vom Stamm N 1 als die richtige Dosis, während bei höheren Dosen die Rekurrens zu stark ausfiel und zuweilen zum Tode führte (Gefahr von Bluterguß). Die Behandlung der progressiven Paralyse mit derartig festgestellten kleinen Dosen gibt gute Resultate, wobei die Entkräftung der Kranken weniger groß ist als bei Malariaimpfung. Das Salvarsan unterbricht das durch die Spirochaeta Obermeier hervorgerufene Rückfallfieber. A. Jordan-Moskau.

Treatment of Neurosyphilis by Malaria (Behandlung der Neurosyphilis mit Malaria), von P. A. O'Leary-Rochester. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 89, Nr. 2, S. 95.) Bericht über 100 Fälle nach 3jähr. Anwendung der Malaria. Die Arbeit bringt für Deutsche nichts Neues. Bei progressiver Paralyse wurden knapp 50% Remissionen an einem Material frisch Erkrankter beobachtet. Bei Tabes wurden einige Fälle mit lanzinierenden Schmerzen sehr gut beeinflußt. Bei Optikusatrophie war in 4 von 9 Fällen der Degenerationsprozeß zu einem Stillstand gekommen. Bei unkomplizierten Fällen von Tabes werden die Resultate der Fieberbehandlung nicht wesentlich besser als die der übrigen Methoden angesehen. Mit 5% Todesfällen muß gerechnet werden. Eine antisyphilitische Nachbehandlung wird für erforderlich gehalten. Serologische Besserungen (Abschwächung der Kolloidreaktionskurven, des Wassermanns usw.) wurden bestätigt.
W. Kirschbaum-Hamburg.

Die kombinierte Malariabehandlung der therapieresistenten Syphilis, von P. Mulzer, Univ.-Hautkl. Hamburg. (D. Zschr. f. Chir., 1927, Bd. 203/204, S. 654 bis 668.) Die Anwendung der kombinierten Malariatherapie ist angebracht bei älterer Sy-

Digitized by Google

philis, bei der isolierte positive WR im Blut und pathologische Veränderungen im Liquor sich oft gegen jede Therapie refraktär erweisen, während die Malaria-Salvarsantherapie Heilung oder wenigstens weitgehende Besserung bewirkt. Die vollkommene Sanierung des Blutes und Liquors dauert allerdings manchmal lange, aber sie tritt schließlich ein; am hartnäckigsten scheint der Blutwassermann zu sein. Eine weitere Indikation für die kombinierte Malaria-Salvarsanbehandlung bieten therapieresistente Fälle florider Syphilis, die in der letzten Zeit zugenommen zu haben scheinen, sowie Neurorezidive, die oft der chemotherapeutischen Behandlung gegenüber refraktär sind. Der eigentlichen Malariabehandlung, bei der wenn möglich 8—10 Anfälle abzuwarten sind, soll je eine halbe Salvarsan-Wismutkur vorangehen und folgen. Bei geeigneter Indikationsstellung ist die Methode gefahrlos, zumal das Krankenmaterial im allgemeinen widerstandsfähiger ist als bei der Paralyse. Eine Gefährdung anderer Personen durch Malariaübertragung erscheint ausgeschlossen. Die Wirkung wird weder allein durch das Fieber erzeugt (andere Fiebermethoden wirken nicht so günstig) noch durch die Malaria allein, die ohne Salvarsan nur vorübergehend wirkt. Wahrscheinlich werden bisher versteckte, abgekapselte Spirochäten mobilisiert und der Nachbehandlung zugängig.

E. Levin-Berlin.

Behandlung der Paralyse, von Weygandt-Hamburg-Friedrichsberg. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1927, Nr. 12, S. 377.) 3 ccm Fieberanfallblut subkutan injiziert, und zwar Tertiana. Entfieberung nach 7—14 Anfällen durch Chinin 7 Tage lang. Pause von 1 Woche; wieder Chinin usf., bis zum Verbrauch von 10—12 g. Stets Herzstärkung und eventuell Fieberdämpfung durch kleinste Chinindosen während der Anfälle. Nie ambulant behandeln! Mortalität bei Vorsicht etwa 5%. Erfolge: Remission bis zur Berufsfähigkeit 25—30%, Besserung 15%, Versager 15—30%. Bei ganz frischen Fällen Remission in etwa 50%. Erklärung der Wirkungsweise ist hypothetisch. Tropikaimpfung stets höchst gefährlich. Früher durchgemachte Malaria immunisiert nicht gegen P. p. Rekurrens schwer kupierbar, daher wenn auch wirksam, nicht so gut. Tabes wird symptomatisch beeinflußt. Nachbehandlung mit Salvarsan oder Wismut ist von Fall zu Fall anzuwenden.

H. Colman-Berlin.

Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Malaria tropica, von A. Plehn-Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 28, S. 1061—1062.) Die Behandlung der Malaria mit Tertiana ist nicht frei von Gefahren (Pneumonie, dysenterische Darmerkrankungen, Parotitis, Hautgangrän) und hat den Nachteil, daß, wenn der Erfolg das erstemal ausblieb, er von wiederholter Tertianainfektion nicht zu erwarten ist, die entweder überhaupt nicht gelingt oder rudimentär verläuft. Es bleibt dann nur die Impfung mit Tropika übrig, gegen die Tertiana nicht immun macht und die an und für sich zu spontanen Rezidiven neigt. Man hatte bisher von ihr Abstand genommen, weil bei ihr unter Umständen eine überstürzte Vermehrung der Parasiten einsetzen kann, der der Kranke trotz intravenös gegebenen Chinins erliegt. Um dies zu verhindern, wird versucht, den Prozentsatz der infizierten Erythrozyten von Beginn an täglich, zur kritischen Zeit zweimal täglich auszuzählen; falls mehr als 10% infiziert sind, wird sofort Chinin gegeben, womit die Gefahr sich fast immer vermeiden ließ. Um nicht zu früh unterbrechen zu müssen, kann man auch versuchen, die Infektion von vornherein abzuschwächen, indem man das erste Fieber (das am gefährlichsten ist) sehr früh unterbricht; es kommt dann spontan oder auf Provokation (Röntgenreizdosis auf die Milz) zu Rezidiven oder man kann auch von neuem impfen. Die sekundären Komplikationen scheinen bei der Tropika geringer zu sein als bei der Tertiana. Erstere wirkt energischer und sicherer und auch noch, wenn Tertiana versagt hat und ist mit den nötigen Kautelen in der beschriebenen Weise kaum gefährlicher.

E. Levin-Berlin.

Ein chininresistenter Tropikastamm, von A. Plehn. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927, Bd. 31, H. 5, S. 201.) Bericht über eine durch 3 Menschenpassagen durchgeführte Malariabehandlung mit einem Tropikaparasiten, der sich in allen 3 Fällen chininresistent erwies. Die Chininresistenz war keineswegs mit einer besonderen Malignität des klinischen Verlaufs verbunden. Im Gegensatz dazu stehen Beobachtungen über sehr bösartiges Verhalten anderer Tropikastämme, die durchaus gut auf Chiningaben reagierten und die gute Chininempfindlichkeit auch bei späteren Passagen beibehielten. Die Feststellungen, daß es offenbar chininresistente Tropikastämme gibt, hat vom epidemiologischen Standpunkte große Bedeutung.

W. Kirschbaum-Hamburg.

Le traitement du tabes par le paludisme expérimental, von H. Schaeffer. (Presse méd., 1927, Nr. 53, S. 835.) Übersichtsreferat über die Arbeiten von Scherber und Albrecht, Bering, Hoff und Kauders.

Digitized by Google

Weitere Beobachtungen zur Klinik und Parasitologie künstlicher Malariainfektionen, von W. Kirschbaum. (Arch. f. Schiffs- u. Trop.-Hyg., 1927. Bd. 31, H. 8. S. 349—365.) Fortsetzung früher gemeinsam mit Mühlens gemachter Untersuchungen: ergibt u. a., daß Impfungen mit Malaria tertiana, die während künstlich im Körper hervorgerufener fieberhafter Prozesse vorgenommen wurden, verlängerte Inkubation haben. 2. und 3. Malariafieberbehandlungen zeigen wesentlich längere Inkubation als bei 1. Malaria. Künstliche Malaria-tertiana-Infektionen entfiebern sich selbst bei 1. Malaria in weniger als 10%, bei Wiederinfizierten in 77% der Fälle. Auch nach voraufgegangener natürlicher Malariainfektion ist ein höherer Prozentsatz Selbstentfieberungen zu beobachten. Selbstentfieberungen sind nicht durchgängig Selbstimmunisierungen. Erstinfizierte Malaria-tertiana-Fälle beginnen nach einigen Tagen gewöhnlich mit einem unregelmäßigen, mitunter kontinuierlichen, höheren Fieber, das bei 2. Malaria oder Rezidiven ausbleibt. Malaria quartana hat kein derartiges Anfangsfieber, sondern beginnt gleich mit dem charakteristischen Fieberturnus. Nach 2. oder 3. Wiederimpfung kann sich ein Zustand von Unempfänglichkeit gegen die Tertianaerreger ausbilden. Doch ist in diesen Fällen anscheinender Immunität Infektion über Mücke durch Anophelesstich doch noch erzielbar. Tertianastämme verschiedenster Herkunft verhalten sich in den klinischen Erscheinungen gleich. Erworbene Unempfänglichkeit gegen künstliche Übertragung nach wiederholter Impfung eines Tertianastammes besteht auch jedem anderen Tertianastamm gegenüber. Individuelle Unterschiede in der Ausnutzung der gereichten Chiningaben erklären die ungleiche Widerstandsfähigkeit der Malaria-tertiana-Parasiten bei verschiedenen Individuen. Aus individuellen Unterschieden erklärt sich auch die verschiedene Schwere der Krankheitserscheinungen. Vor der Impfung gegebene prophylaktische Chinindosen sind wirkungslos. Nach subkutaner Impfung von 4 ccm Tertianablut 40 Tage lang gegebene Dosen von 0,3 g Chinin. hydrochloric. haben die Infektion nicht verhindert, wohl aber vermögen es höhere Chinindosen von 0.5 g pro die in der üblichen Häufigkeit. Eine Einzeldosis von 0,25 g Chinin. hydrochloric. kann das ausgebrochene Malariafieber häufig vorübergehend unterdrücken. Wenn längere Zeit prophylaktisch Chinin oder Salvarsan gegeben wird, beginnt eine nach Aussetzen dieser Mittel aufkommende Malaria tertiana ohne unregelmäßiges Anfangsfieber. Autoreferat.

Frühsyphilis und ihre physikalische Behandlung, von Nalbandow. (Acta med. Beilage zur Wratschebnoje Delo, 1927, Nr. 14/15.) Verf. verlangt, daß die physikalischen Behandlungsmethoden als Reiztherapie in allen Stadien der Syphilis eine weite Verbreitung finden müssen. Unter den physikalischen Methoden stehen die Schlamm- und Schwefelbäder obenan, aber auch Sonnen- und Lichtbäder usw. müssen, je nach dem Zustand des Kranken und den Bedingungen seiner Umgebung angewandt werden. Nicht nur, daß die Physiotherapie bereits vor Ausbruch entzündlicher Infiltrate einsetzen muß, sie ist besonders angezeigt bei Kranken, welche trotz spez. Behandlung einen positiven Wassermann behalten, oder sich den spez. Mitteln gegenüber refraktär erweisen oder oft Rezidive bekommen. Natürlich haben die allgemein gültigen Kontraindikationen einer physikalischen Behandlung auch für die Syphilis Geltung. Eine ideale Behandlung der Syphilis verlangt, daß der Kranke bereits im ersten Jahr eine Kur in einem Kurort durchmacht. A. Jordan-Moskau.

Ulcus molle, Venerisches Granulom

Lymphogranulomatosis inguinalis, von W. Frei, Univ.-Hautkl. Breslau. (Kl. W., 1927, Nr. 23, S. 1097.) Über dieses im Auslande besser, in Deutschland wenig bekannte Krankheitsbild liefert Verf. ein Übersichtsreferat, in dem er auf das Krankheitsbild und seine Verbreitung ausführlich eingeht. E. Langer-Berlin.

Blennorrhoe

a. Ätiologie

Gonorrhoische Infektion bei Versuchstieren, von G. Schrader, Hyg. Univ.-Inst. Breslau. (D. m. W., 1927, Nr. 35, S. 1467.) Verf. hat die Befunde von Boryn und Serisorin (Ref.: Zbl. f. ges. Hyg., 1926, Bd. 12) nachgeprüft und konnte niemals eine blennorrhoische Infektion bei Versuchstieren erzielen. F. Harry-Wiesbaden.

Vergleichende Untersuchungen zur Gonorrhoediagnostik, von N. Temesváry-Breslau. (D. m. W., 1927, Nr. 34, S. 1426.) Von den verschiedenen diagnostischen Methoden wie Gonotestprobe, Komplementbindungsreaktion, Kulturverfahren, Blutbild,

Digitized by Google

Sekretabstrichverfahren hat sich nur letzteres als zuverlässig bewährt. Das Sekret muß mit einem stumpfen Löffel entnommen werden. F. Harry-Wiesbaden.

Blutbilder bei Gonorrhoe, von K. Matzdorff-Breslau. (Med. Welt, 1927, Jahrgang 1, Nr. 27.) In Verfolg früherer Untersuchungen von Lange, Pezzoli und Grawitz über die Veränderungen des Hämogramms bei Blennorrhoe, besonders über Vermehrungen von Eosinophilen und lymphozytären Zellen kommt Verf. an Hand von 30 Blutbildern von allen Stadien der Blennorrhoe bei Frauen zu einer klinischen Einteilung in 3 Stadien: 1. Akute Blennorrhoe, Vermehrung der Leukozyten bis zum Maximum von 15000, relative Vermehrung der Lymphozyten bei Stationärbleiben der Neutrophilen, normale Zahl der Eosinophilen. Gegenüber anderen Infektionskrankheiten ist also zahlenmäßiges Gleichbleiben der Neutrophilen bei Leukozytose bemerkenswert, weiterhin Erhöhung der Zahl der Lymphozyten von Anfang an. 2. Chronische Blennorrhoe, im Blutbild etwa 5—8000 Leukozyten, davon 30—50% Lymphozyten, 3—8% Eosinophile; Differentialdiagnose: Gegenüber anderen mit Eosinophilie einhergehenden Erkrankungen durch die gleichzeitig vermehrte Zahl der Lymphozyten, die bei jenen normale oder sogar Unterwerte ergeben. Bei mit Lymphozytose einhergehenden Krankheiten (Tuberkulose!) dagegen keine Eosinophilie. 3. Rezidivierende Blennorrhoe, Kombination dieser beiden Blutbilder, bei Steigen der Lymphozytenzahl auch Anstieg der Eosinophilen. Verf. ist der Ansicht, daß, wie bei anderen Erkrankungen, das Erscheinen großer Lymphozyten ein ungünstiges Zeichen darstellt. Auf Grund weiterer Beobachtungen diskutiert er die Frage, ob ein Sinken der Lymphozyten einem Heilungsvorgang gleich zu setzen ist; weitere Untersuchungen sind hier erforderlich. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Über Säuremessungen im Scheidensekret bei zervikaler Gonorrhoe und den diagnostischen Wert der Gonotestreaktion, von A. Heyn, Univ.-Frauenkl. Kiel. (M. m. W., 1927, Nr. 24, S. 1017.) Der Versuch, durch Lackmusstreifen die Diagnose der Blennorrhoe zu stellen, findet beim Verf. (wie schon bei vielen andern Untersuchern) eine energische Ablehnung. M. Cohn-Dresden.

b. Pathologie und Klinik

Über die Ursachen der Tripperkomplikationen, von Lewant und Mkrtjitschantz. (Moskowskij Medicinskij Journal, 1927, Nr. 7.) Unter den endogenen Faktoren, welche Tripperkomplikationen bedingen, sind zu nennen allgemeine und partiale Anomalien. Unter den exogenen Momenten ist für die Entstehung der parenchymatösen Prostatitiden ein mit Schütteln verbundener Beruf (Chauffeur) von Bedeutung, während bei den Epididymitiden zufällige Momente (Heben schwerer Lasten, Besuch der Badstube usw.) und ein mit Stehen verbundener Beruf maßgebend sind. Eine erfolgreiche Tripperbehandlung muß demnach die Ausschaltung aller Komplikationen begünstigender Momente im Auge haben. A. Jordan-Moskau.

Über Arthritis gonorrhoica bei Säuglingen, von M. Günsberg, Univ.-Kinderkl. Berlin. (Mschr. f. Kinderhlk., 1927, Bd. 35, H. 6, S. 486.) Verf. berichtet über 3 Fälle von Arthritis blennorrhoica bei Säuglingen im ersten Lebensmonat, darunter 2 Erkrankungen von solcher Schwere, daß man von einer Gonokokkensepsis sprechen konnte. 9 bzw. 10 Gelenke waren befallen. Im ersten Falle bilden sich die Gelenkschwellungen unter Arthigonbehandlung bei intermittierendem Fieber langsam zurück. Im zweiten schweren Falle kommt es außerdem zu einer Streptokokkensepsis, ausgehend von einer Otitis media, der das Kind erliegt. Im dritten Fall isoliertes Befallensein des linken Hüftgelenks. Auch hier unter Arthigonbehandlung allmähliches Zurückgehen der Entzündung bis zur völligen Wiederherstellung der Funktion. Blennorrhoische Konjunktivitis konnte bei 2 Kindern als Ausgangspunkt der Infektion festgestellt werden. Die Arthigonbehandlung scheint nach Ansicht des Verf. in der Dosis 0.2—1,0 intramuskulär empfehlenswert. R. Ley-Kreuznach.

Gonococcus Arthritis in Infancy (Tripperrheumatismus bei Kindern), von M. B. Cooperman-Philadelphia. (Am. J. of Childr. Dis., 1927, Bd. 33, Nr. 6, S. 932—948.) In Kinderkliniken muß sorgfältig auf die Einschleppung von Tripperkeimen geachtet werden, die bald zu allgemeiner Infektion von der Blutbahn aus führen und in prädisponierten Gelenken Metastasen bilden. Die Arthritis zeigt sich in Form von umfangreichen Schwellungen mit starken Schmerzen oder in Form subakuter Synovitis mit Exsudation. In 75% der Fälle besteht multiple Arthritis. Die Widerstandsfähigkeit der kindlichen Gelenke ist eine große, Eiterung mit ihren Folgen wurde nicht beobachtet. Größere Zerstörungen zeigten sich besonders an den Hüftgelenken. Behandlung mit Aspiration, Inzision, Diathermie; die Wirkung der Vakzine ist zweifelhaft. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zur gonorrhoischen Gelenkentzündung, von F. Partsch, Chir. Univ.-Kl. Rostock. (Zschr. f. ärztl. Fortb., 1927, H. 10, S. 314.) Prognostisch günstig sind der Hydrops, die Arthritis serofibrinosa, ungünstig ist die phlegmonöse Entzündung. Therapeutisch werden folgende Maßnahmen empfohlen: a) Bei Hydrops und Arthritis serofibrinosa: Bei starken Ergüssen Gelenkspunktion; Injektion von 5%igem Karbolwasser, Vuzin oder vor allem Rivanol 1%. Vakzinetherapie (Arthigon oder dergleichen, noch besser Autovakzine). Unspez. Reiztherapie und Röntgenreizdosen. b) Bei der phlegmonösen Form muß das Ziel sein, eine gute Funktion bzw. eine brauchbare Extremität zu bekommen: Streckverbände für Entlastung bei Erkrankung der Hüft- und Kniegelenke, Gipsschienen für Fuß und Hand, Triangelschiene für die Schulter. Biersche Stauung beseitigt die Schmerzen rasch. Später Bewegungsübungen. Bei eitrigem Gelenkinhalt Arthrotomie, Entleerung des Eiters ohne nachfolgende Drainage. Nachbehandlung mit Massage, Diathermie, Heißluft, aktiven und passiven Bewegungsübungen. Bei chron. destruierenden Gelenkprozessen Resektion.

L. Schwarzschild-Bad Homburg.

Polyarthritis im Anschluß an Exenteratio oculi bei Conjunctivitis blennorrhoica (Polyarthroitis opstaaet efter Exenteration af Öjemed Conjunctivitis gonorrhoica), von H. U. Möller. (Hospitalstidende, 1927, Nr. 6, S. 137.) Einem 23jähr. Mann mit Urethritis blennorrhoica und Blepharitis blenn. sinistra mit positivem Gonokokkenbefund wurde wegen anhaltender Schmerzen nach Nekrose und eingetretener Perforation der Kornea der Bulbus unter allen üblichen Vorsichtsmaßregeln enukleiert. Bei wenig verändertem Befund am Auge trat 2 Tage später eine starke blennorrhoische Arthritis am linken Knie hervor und im weiteren Verlauf auch am linken Fußgelenk. Heilung erfolgte unter Behandlung mit 6 in 14 Tagen gegebenen Milchinjektionen sowohl der Arthritiden als auch der Konjunktivitis und der Urethritis. Vor der Operation war einmal eine Milchinjektion gegeben worden, hatte aber den destruierenden Prozeß nicht aufhalten können. M. nimmt mit Bestimmtheit an, daß die Operation die Arthritiden veranlaßt hätte, indem dabei Toxine oder auch Kokken dem Gesamtorganismus zugeführt wurden.

A. Philippi-Bad Salzschlirf.

Über sogenannte intrauterin erworbene Ophthalmoblennorrhoe, von K. O. Pohl, Staatl. Frauenkl. Chemnitz. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 29, S. 1838.) An Hand von 4 Beobachtungen wird versucht, den Zeitpunkt der blennorrhoischen Infektion der kindlichen Konjunktiven während der Geburt zu bestimmen. Danach kann die Infektion jeden Augenblick intra partum erfolgen, vom Wehenbeginn an bis zur Austreibung. Auch durch Kaiserschnitt geborene Kinder können an Ophthalmoblennorrhoe erkranken. Infolgedessen müßten auch solche Neugeborene prophylaktisch nach Credé behandelt werden. Es wird angeregt, mit Rücksicht auf die Gefährdung des kindlichen Auges die Kinder tripperkranker Mütter nicht nur einer einmaligen Credéisierung zu unterziehen, sondern sie vielmehr einige Zeit vorbeugend zu behandeln. F. Landauer-Berlin.

c. Therapie

Über die Abortivbehandlung der männlichen Urethralgonorrhoe, von Lippmann-Charlottenburg. (M. Kl., 1927, Nr. 31, S. 1186—1187.) In zur Abortivbehandlung geeigneten Fällen, d. h. solchen, in denen der Entzündungszustand der Harnröhre noch ein mäßiger ist, die Krankheit nur wenige Tage besteht, die Posterior nicht ergriffen ist, glaubt Verf. bei mindestens 100 von 150 Fällen einen Erfolg erzielt zu haben durch täglich zweimal vorgenommene Irrigationen der vorderen Harnröhre mit 200 ccm einer Argent.-nitric.-Lösung 1 : 3000—1000 vermittels Blasenspritze. Tägliche Gonokokkenkontrolle, Unterbrechung der Behandlung, wenn an drei aufeinanderfolgenden Tagen negativer Befund. Schwinden die Gonokokken auch bei Anwendung etwas stärkerer Lösungen nicht oder treten sie nach einigen Tagen wieder auf, so ist der Versuch der Abortivbehandlung aufzugeben. Die zur Heilung gelangten Fälle blieben nach dreitägiger Behandlung endgültig frei. Die Behandlung ist wenig schmerzhaft, es kann jedoch verstärkter, auch blutiger Ausfluß auftreten. Läßt sich die an und für sich wünschenswerte Behandlung durch den Arzt selbst nicht durchführen, so kann man auch Protargol 2—3% mehrmals täglich einspritzen lassen. Ein Schaden geschieht durch die Methode niemals, Übergreifen auf die Posterior geht nach Aussetzen der Behandlung schnell zurück. Die Wirkung ist so zu erklären, daß die Widerstandsfähigkeit der Gonokokken im Beginn noch eine geringe ist, so daß sie durch die bis ins submuköse Gewebe dringende künstliche Entzündung und die vom Körper bewerkstelligte Abwehrreaktion vernichtet werden können. E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

Die Bedeutung der Balsamika in der Behandlung der akuten Gonorrhoe der männlichen Urethra, von M. Kapp-Znaim, Tschechoslowakei. (M. m. W., 1927, Nr. 21, S. 688.) Verf. hat in einer größeren Anzahl von Fällen eine Therapie vorgenommen, die nur in Ruhe, Diät und innerlicher Darreichung eines Präparates von Ol. santali in Form der Gonosankapeln bestand. Er hat mit dieser Behandlung gute Resultate und nie Komplikationen und spätere Erscheinungen, wie Strikturen, gesehen. E. Langer-Berlin.

Behandlung des Trippers mit Neo-Reargon, von P. Gronner-Wien. (M. Kl., 1927, Nr. 27, S. 1032.) Die Behandlung mit Neo-Reargon ist vollkommen schmerz- und reizlos. Die Gonokokken waren regelmäßig vom 4. Tage ab dauernd geschwunden; die Behandlung muß noch ungefähr 10—14 Tage fortgesetzt werden. Das Medikament muß völlig gelöst sein und 10—12 ccm eingespritzt werden. Neo-Reargon-Bacilli, spätestens 1 Stunde post coitum eingeführt, haben sich auch als Prophylaktikum bewährt.
E. Levin-Berlin.

Erfahrungen mit Transargan, von O. Müller, Stadtkrkhs. Zittau. (Zbl. f. inn. Med., 1927, Nr. 32, S. 776.) Zunächst wurde 4 Tage Protargol gegeben und dann Transargan in steigenden Dosen von $^1/_4$—3%. Für die hintere Harnröhre Konzentrationen von 1—3%. Bei Frauen wurde die Urethra mit $^1/_2$%igen, die Zervix mit 1 bis 3%igen Lösungen behandelt. Bei guter Verträglichkeit wurde endgültige Gonokokkenfreiheit meist nach 8—14 Tagen, seltener erst nach mehreren Wochen erreicht. Die Verträglichkeit war bis auf einen Fall gut, wo es zu einem unter Temperatursteigerungen auftretenden urtikariellen Exanthem kam. Wenn seine Wirkung auch nicht besser ist als die des Protargols, so ist zweifellos ein Vorzug des Präparats, daß es keine Flecke an Händen und in der Wäsche macht. F. Landauer-Berlin.

Zur chirurgischen Behandlung gonorrhoischer Funikulitiden, von G. M. Gurewitsch-Korosten, Ukraine. (Zbl. f. Chir., 1927, Nr. 20, S. 1225.) Besprochen werden nur die Fälle der Entzündung im Anfangsstadium, die klinisch einhergehen mit einer Schwellung und Infiltration des Samenstrangs. Bei 2 Kranken wurde mit gutem Erfolg der untere Teil der Obliquus-Aponeurose durchtrennt, danach der Samenstrang freipräpariert und in seine einzelnen Elemente aufgelöst. Vernähung der Aponeurose nur in ihrem oberen Teile — zur Verhütung einer Kompression des ödematösen Samenstrangs —, danach Hautnaht. Mit dieser Methode vermindert Verf. einmal die Gewebsspannung und beseitigt außerdem den mechanischen Druck auf den Samenstrang und damit die Ursache des Ödems im Hoden. F. Landauer-Berlin.

Zur Therapie der Frauen-Gonorrhoe mit Vakzinen, von M. E. Obermayer, Derm. Univ.-Kl. Graz. (W. m. W., 1927, Nr. 21, S. 685.) Verf. hat ausgiebige Versuche mit den verschiedensten Vakzinen angestellt und kommt zu dem Ergebnis, daß eine heterogene Vakzinierung am vorteilhaftesten ist. Er benutzt hierfür das Gono-Yatren, von dem er günstige Resultate gesehen hat. Es kommen naturgemäß auch bei der mit der Vakzinetherapie verbundenen Lokalbehandlung Mißerfolge vor, aber im großen und ganzen stellt die Vakzinierung eine willkommene Unterstützung der üblichen Behandlung dar. Kontraindiziert ist die Vakzinebehandlung bei schweren Harnbefunden, bei Patienten mit Lungenbefunden, besonders bei Tuberkulose, und bei Herzkranken. Unter den Krankheitserscheinungen bleibt die Urethritis meist unbeeinflußt, bei chron. Bartholinitis und Zervizitis ist der Erfolg unsicher. Arthritiden werden meist im Beginn gut beeinflußt. Für frische Adnexerkrankungen und Zystitiden ist die Verwendung von Vakzine sehr zu empfehlen. Das Aszendieren der Blennorrhoe wird meist verhindert. Auch chronische Adnexitiden und periurethrale Infiltrate werden manchmal gebessert, manchmal bleiben sie unbeeinflußt. Zur Provokation kann man sich mit Erfolg der Vakzine bedienen. Die therapeutischen Dosen sollen von Anfang an nicht zu klein sein.
E. Langer-Berlin.

Ein neues Instrumentarium zur Behandlung der Gonorrhoe, von Boesmann und Schwahn-Berlin. (Med. Welt, 1927. Jahrg. 1, Nr. 4, S. 137.) Beschreibung eines neuen Apparates nach Richter, der durch Iontophorese eine möglichst große Tiefenwirkung des Medikamentes (3‰ige Transarganlösung, 2 Liter bei jeder Sitzung) erzielen soll. Schilderung des Behandlungsergebnisses bei 44 Patienten, darunter 7 Frauen. Bei akutem Tripper genügt iontophoretische Behandlung allein. Verff. kommen nach Sichtung des übrigen Materials (komplizierte Fälle) zu dem Ergebnis, daß die Richtersche Iontophorbehandlung der Blennorrhoe einen wesentlichen Fortschritt gegenüber den bisherigen Methoden darstellt. 8 Krankengeschichten, 1 Schema der Behandlungsanordnung, 3 Aufnahmen vom Hundepenis, die die Wirkung des Iontophors demonstrieren sollen.
C. L. Karrenberg-Hamburg.

Digitized by Google

Urogenitalapparat

a. Allgemeines

Polyurie et atrophie génitale par lésion tubérienne ou hypophysectomie, chez des chiens normaux ou sans innervation sympathique de l'abdomen (Polyurie und Atrophie der Genitalien infolge von Läsion des Tuber cinereum oder Hypophysektomie bei normalen oder der Sympathikusinnervation des Abdomen beraubten Hunden), von H.-H. Rubio. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 24, S. 589 bis 591.) Bei dem größeren Teile der Hunde, bei denen oberflächliche Kauterisationen am Tuber cinereum oder Exstirpationen der Hypophysis vorgenommen worden waren, trat starke Polyurie auf; das gleiche war der Fall, wenn vorher der Splanchnikus durchschnitten oder der Bauchsympathikus herausgerissen oder die zur Leber und Pankreas ziehenden Nerven durchschnitten worden waren. Die Wirkung der Läsionen des Tuber überträgt sich nicht durch Nervenbahnen auf die Nieren, es muß ein Zwischenglied in den Körpersäften vorhanden sein. Außerdem fand sich bei den meisten Hunden ein Rückgang der Hoden; nach längerer Zeit können diese unter Umständen wieder, und zwar über ihren Anfangsumfang hinaus, an Größe zunehmen, womit eine Vergrößerung des Penis und vermehrte Geschlechtsfähigkeit verbunden ist. E. Levin-Berlin.

Nonvenereal (Metastatic) Genital Infection. Report of Seven Illustrative Cases (Nichtvenerische [metastatische] Genitalinfektion. Bericht über 6 Fälle), von Th. Baker-Pittsburgh. (J. Am. m. Ass., 1927, Bd. 88, Nr. 26, S. 2025.) Baker hat während des Frühjahrs und Sommers 1926 6 Fälle von akuter Epididymitis im Gefolge von Grippe beobachtet, bei denen auf keine Weise ein Gonokokkenbefund zu erbringen und die Anamnese quoad Blennorrhoe negativ war. Baker verweist auf die 1919 von Bugbee mitgeteilten 5 derartigen Fälle mit Prostataabszeß, bei denen einmal der Befund von Influenzabazillen im Eiter geglückt war. An der Hand der Literatur geht B. der Frage der Komplikationen bei nichtvenerischen metastatischen Genitalerkrankungen nach. Ganz besonders zieht er die nichtvenerische Prostatitis und Vesikulitis in den Kreis der Betrachtung. Bei der nichtvenerischen Prostatitis kommen wie bei der blennorrhoischen als metastatische Erkrankungen vor allem Arthritis und Pyelitis, selten Iritis, zur Beobachtung. Diese Formen der Prostatitis können die versteckte Ursache fernliegender Herderkrankungen bilden und zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben. Das Vorhandensein einer alten venerischen Infektion in der Vorgeschichte darf nicht ohne weiteres zur Annahme der venerischen Natur einer metastatischen Krankheitserscheinung verleiten, es sei denn, daß der Erregernachweis im metastatischen Herd zu erbringen ist.
F. Callomon-Dessau.

Bemerkungen zur Diathermiebehandlung urologischer Erkrankungen, von F. Fuchs, II. Chir. Univ.-Kl. Wien. (W. m. W., 1927, Nr. 21, S. 671.) Verf. empfiehlt für intravesikale Tumoren die Elektrokoagulation, die er meistens in mehreren Sitzungen ausführt. Auch für polypöse Schleimhautwucherungen der Harnröhre, z. B. die Caruncula urethrales bei der Frau, kann man sich mit Erfolg der Elektrokoagulation bedienen. Die Diathermie wird gern zur Nachbehandlung nach urologischen Operationen angewendet, so zur Bekämpfung der Parästhesien nach Nephrektomie und zur Behandlung der Narbenschmerzen. Auch bei der Nachbehandlung der chronischen Reizzustände nach Beseitigung einer tuberkulösen Niere ist die Diathermie mit Erfolg verwendbar. Auch bei einer Reihe neurasthenischer Beschwerden nach abgelaufener Prostatitis und Spermatozystitis sah Verf. Gutes von der Diathermie, wobei wahrscheinlich auch eine gewisse suggestive Komponente mitspricht. Auf die Behandlung der blennorrhoischen Erkrankung geht Verf. nicht ein. E. Langer-Berlin.

Über Hermaphroditismus verus (Beitrag zur Frage der Bedeutung der Keimdrüsen für die Bestimmung des Geschlechtes), von G. A. Wagner, Frauenkl. D. Univ. Prag. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 21, S. 1304.) 21jähr. Mädchen, bisher noch nicht menstruiert. Mit 13 Jahren wegen angeblicher beiderseitiger Leistenhernie operiert. Bald nach der Operation rechts ein „Rezidiv", das andauernd Schmerzen verursachte. Gewicht 45 kg, helle Sopranstimme, zarte Gestalt, sekundäre Geschlechtsmerkmale ausgesprochen weiblich. Das äußere Genitale — große und kleine Labien, Klitoris, Introitus, Hymen — vollkommen normal und gut entwickelt. Vagina fehlt; an ihrer Stelle nur eine 3 cm tiefe Einsenkung des Vestibulums. Vom inneren Genitale nichts zu fühlen. In der rechten Leistengegend hühnereigroße, zystische Vorwölbung. Diese erweist sich bei der Operation als typischer Leistenhoden. Er wird entfernt. Ovarium und Uterus nicht vorhanden. Histologisch enthält der entfernte Hoden ungewöhnlich reichlich

Digitized by Google

Zwischenzellen, die in ihrer Form an jene Zellen erinnern, wie sie von Steinach im Hoden von Homosexuellen beschrieben wurden. Merkwürdig ist an dem Fall, daß wenige Wochen nach der Operation typisch weibliche Ausfallserscheinungen auftraten: Wallungen, Schweiße usw., die durch Verabreichung von Ovarialsubstanz prompt verschwanden. Verf. meint, daß vielleicht der inkretorisch wirksame Teil der Keimdrüse nicht in dem mangelhaft entwickelten generativen Anteil, sondern an die Zwischenzellen geknüpft ist.

F. Landauer-Berlin.

b. Penis, Urethra, Blase

Beitrag zur Operation der männlichen Hypospadie, von W. Birkenfeld, Chir. Univ.-Kl. Charité Berlin. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 445.) Bei der Hypospadia glandis wird die Glans mit einem Troikart durchbohrt und die isolierte Harnröhre durch den erweiterten Stichkanal hindurchgezogen und mit einigen Nähten befestigt. Bei mittelschweren Formen der Hypospadia penis und penoscrotalis oder gar scrotalis versucht der Verf., wenn infolge zu starker Spannung die mobilisierte Harnröhre sich nicht durch die Glans hindurchziehen läßt, eine Lappenplastik, deren Technik im Original nachgelesen werden muß. An einem Material von 5 Fällen wird gezeigt, daß der Enderfolg der Operation noch unbefriedigend und die Heilung häufig durch Harnröhrenfisteln kompliziert ist.

Th. Lilienstein-Hamburg.

Der dorsale Vorhautschnitt. Eine in der Sprechstunde leicht ausführbare Modifikation, von H. Herxheimer-Frankfurt. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 28, S. 1012.) Spaltung beider Vorhautblätter mittels Scherenschlages dorsal auf einer Hohlsonde bis zum Sulcus coronarius; keine Naht, Verband. Epithelisierung in wenigen Tagen. Bei nicht genügend langem Schnitt entsteht ein Präputialödem, deshalb Spaltung unbedingt bis zum Sulkus. Gute kosmetische Resultate.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Gangrän des Skrotums und Penis, von Mannheim. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 16.) In den zwei beschriebenen Fällen handelte es sich um eine kombinierte Infektion von Staphylo- und Streptokokken, jedoch ist der Verf. der Ansicht, daß lokale anatomische Bedingungen der Blutzirkulation nicht ohne Bedeutung sind.

A. Jordan-Moskau.

Zum Kapitel der Harnröhrenstrikturen, von W. Hirt-Breslau. (Bruns' Beitr., 1927, Bd. 140, H. 2, S. 366.) Verf. teilt die Strikturen in 1. solche des Meatus externus, meist angeboren oder Folge der Phimose; 2. postblennorrhoische Strikturen am Bulbus; 3. traumatische Strikturen. Behandlung zunächst mit elastischen Bougies; langsame Erweiterung; im Notfall Dauersonde, von Nr. 8 an, Dauerkatheter und Spülungen. Bei Mißlingen der Sondierung: Punctio vesicae; wird die Harnröhre nicht durchgängig, bleibt die Boutonniere. Als ultima ratio kommt die Sectio alta mit retrogradem Katheterismus in Betracht. Eine sehr gefährliche Folge der Strikturen sind akute und chronische septische Urininfiltrationen, bei denen es oft zu großen Nekrosen der Urethra und Umgebung kommt. Schnelle, breite und tiefe Inzisionen führen meist rasch zur Heilung. Diffuse Verengerungen der ganzen Urethra anterior sind die hartnäckigsten und am schwierigsten zu behandelnden Strikturformen. Der Strikturkallus, eine auf das Perineum beschränkte Geschwulst wird meist durch protrahierte heiße Umschläge beseitigt.

M. Cohn-Dresden.

Zur Kasuistik der Harnröhrendivertikel, von J. Wulsten, Chir. Abt. Kreiskrankenhaus Burg b. Magdeburg. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 5/6, S. 289.) Während bei uns die Harnröhrendivertikelbildung sehr selten ist, werden Harnröhrendivertikel besonders in den russischen und slavischen Ländern häufiger beobachtet. Die Divertikel der Harnröhre sind ebenso wie die Spaltbildungen angeborene Mißbildungen. Obgleich bei dem jetzt 65jähr. Manne bis zum Jahre 1926 keinerlei Beschwerden bei der Miktion bestanden, hatte er seit dieser Zeit zweimal Beschwerden bei der Miktion. Er beobachtete dabei stets eine prall elastische Geschwulst, eine fast kugelige Anschwellung am vorderen Damm, die sich seitlich und sagittal gut bewegen ließ. Keinerlei Entzündungserscheinungen oder Fieber. Die Operation legte eine mit Urin gefüllte Höhle frei. Die Urethra mündet direkt in den Sack ein. Es wird der Sack nach außen geleitet, d. h. die Urethra erhält eine Fistel; da die Einmündung der Blase in den Sack nicht gefunden wurde, und Pat. einen retrograden Katheterismus mit suprapubischer Blase ausdrücklich abgelehnt hatte, so konnte kein Dauerkatheter in die Blase eingelegt werden. Trotzdem heilte die Fistel innerhalb von 6 Wochen ohne Beschwerden ab. Keine Miktionsbeschwerden mehr.

A. Rosenburg-Mannheim.

Digitized by Google

Zur Kenntnis der Harnröhrendivertikel beim Manne, von A. Müller-Rieben-Basel. (Arch. f. kl. Chir., 1927, Bd. 145, S. 435.) Kasuistischer Beitrag. Es handelt sich bei dem mitgeteilten Fall um ein sogenanntes falsches Divertikel, entstanden aus einer Urintasche mit Fistel am Damm nach Harnröhrenruptur. Aus dem mikroskopischen Bau eines Divertikels kann die Frage nach der Entstehung des Divertikels — ob kongenital oder erworben — nicht gelöst werden. Als kongenital sind die Mißbildungen nur dann aufzufassen, wenn sie bei Jugendlichen vorkommen oder bei Individuen, bei denen weder Entzündungen noch Verletzungen und operative Eingriffe am Damm und Urethra vorausgegangen sind. Die Therapie kann in allen Fällen nur in der Exstirpation des Sackes bestehen. Th. Lilienstein-Hamburg.

Die praktische Bedeutung der Farbfilterzystoskopie, von B. Ottow, Univ.-Frauenkl. Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 19, S. 1184.) Verf. empfiehlt das von Ringleb eingeführte Farbfilter, dessen theoretische Grundlagen und praktische Anwendung besprochen werden. Die Filterung zerlegt das im gewöhnlichen Zystoskop in einem rötlichen Gesamtfarbton erscheinende, mehr gleichmäßige Blasenbild in gut differenzierte Einzelheiten und läßt besonders Niveaudifferenzen, Wandstrukturen und die Anordnung der Gefäße deutlicher hervortreten. Auch zum Nachweis von ganz kleinen Neubildungen sind die Filterzystoskope in hohem Grade geeignet. F. Landauer-Berlin.

Über das „Ulcus simplex" der Blase, von R. Paschkis. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 3/4, S. 257.) Dieses Krankheitsbild ist in Amerika, England und Frankreich sehr häufig, kommt aber bei uns kaum vor. Während früher die Resektion der Blasenwand als unbedingtes Erfordernis galt, behandelt man heute mit Thermokoagulation. Auf Grund eigener Beobachtungen schließt sich Verf. der Ansicht Bürgers an, daß nämlich die leichteren Fälle von Ulcus simplex am Blasenscheitel und die schweren kallösen am Blasenboden in der Nähe der Ureterenmündungen sitzen. Dieser letzte Typus stellt eine sehr hartnäckige Erkrankung dar. Wenn auch Verf. das Ulcus simplex der Blase nicht leugnet, so ist er in bezug auf den „elusive ulcer" skeptischer, da diese mit einer kallösen Verdickung der Wand einhergehende Erkrankung bei der Unzahl der Autopsien in Deutschland doch dem Pathologen bekannt sein müßte.
A. Rosenburg-Mannheim.

Purpura vesicae, von Aug. Cassuto, Chir. Univ.-Kl. Rom. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 3/4, S. 202.) Die Purpura vesicae ist eine seltene Affektion, sind doch erst 10—12 Fälle in der Literatur beschrieben. Sie geht oft mit Hämaturie, Dysurie, Pollakisurie und Tenesmen einher. Bei schweren Fällen tritt auch Fieber auf. Das auffallendste Zeichen sind die hämorrhagischen Flecken, die in ihrer Gestalt und Größe sehr variieren. Man hat runde, strahlige und ganz unregelmäßige Formen von der Größe eines Stecknadelkopfes bis zur Münzengröße beobachtet. Charakteristisch ist ferner, daß die Blasenschleimhaut auch in der Umgebung dieser Flecken keine entzündliche Reaktion zeigt. Die Farbenflecken wieder erscheinen in sehr verschiedenen Farbentonen, weinrot bis violett und blauviolett. Während die Ureterenmündungen frei sind, ist der Blasenscheitel selten befallen, während Basis, Seitenwand und Rückwand bevorzugt befallen sind. Die Purpura vesicae tritt meist mit Zahnfleischblutungen und Petechien der Haut auf. Therapeutisch gibt man frische vegetabilische Speisen, intravenöse Injektionen von Isokalzium und lokal Blasenspülungen von 0,5%iger Arg.-nitric.-Lösung jeden 2. Tag. Verf. beobachtete 2 Fälle bei erwachsenen Frauen. Nach 3 Monaten trat Heilung ein. (Zwei gute Abbildungen.) A. Rosenburg-Mannheim.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Rille feierte am 10. November das 25jährige Jubiläum als Direktor der Dermatologischen Klinik zu Leipzig.

Hofrat Prof. Ernst Finger in Wien erhielt das Große Ehrenzeichen für Verdienste um die Republik Österreich. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T.N.: Prof. Dr. J. H. Rille, Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Dermatologische Wochenschrift

Nr. 52 (Bd. 85) 24. Dezember 1927

Aus der Universitäts-Hautklinik Hamburg (Direktor: Prof. MULZER)

Paradoxe Wirkung spezifischer Syphilisbehandlung, ihre Beobachtung an der Haut und Bedeutung für die Einteilung und Prognostik der sogenannten Neurorezidive[1])

Von

Prof. R. HABERMANN

Mit 2 Abbildungen im Text

In der Vorsalvarsanära gehörten Fälle von resistenten klinischen Erscheinungen jeder Art und jedes Stadiums der Lues keineswegs zu den Seltenheiten. Wir waren es gewöhnt, selbst während einer starken Quecksilber-Jodkur gelegentlich Rezidive und Neuausbrüche an Haut und Schleimhäuten zu beobachten, die oft sogar der lokalen Nachhilfe mit Argentum usw. nicht weichen wollten. Mit der Einführung des EHRLICHschen Mittels wurde das ganz anders und der prompte Rückgang, wenigstens der äußeren Symptome des Frühstadiums ebenso wie tertiärer Prozesse wurden uns zur Selbstverständlichkeit. Nur die Seroreaktionen trotzen in einem gewissen Prozentsatze jeder Therapie. Einige Jahre nach dem Kriege aber tauchten zunächst vereinzelte, dann an Zahl immer mehr zunehmende Berichte auf über Fälle von Resistenz äußerer Hauterscheinungen gegen jede Therapie, auch Salvarsan. Gelegentlich wurde sogar über eine Verstärkung der Erscheinungen nach Salvarsan — réaction de résistance, GOUGEROT und FERNET — berichtet. Eine Reihe von Autoren (FELKE, SILBERSTEIN, JESSNER u. a.) haben sich mit dieser Frage beschäftigt und letzthin hat E. HOFFMANN ihr eine kritische Studie gewidmet.

Es wurde unter anderem eine allgemeine Verminderung der Widerstandsfähigkeit durch die Unterernährung im Kriege (FELKE), aber auch in manchen Fällen eine besondere anatomisch, lokal bedingte Disposition, wie Entwicklung fibröser Sklerosen und Kondylome (SILBERSTEIN) in Betracht gezogen. Das Vorkommen salvarsanfester Spirochätenstämme beim Menschen wird von HOFFMANN bezweifelt, obschon gewisse Tierversuchsergebnisse EHRLICHS und GONDERS für diese Möglichkeit sprechen. Sehr bemerkenswert ist, daß v. BERDE bei Versuchen mit reiner Malariakur ohne Kombination mit chemotherapeutischen Hilfsmitteln in einigen Fällen nach vorübergehendem Rückgang Rezidivexantheme auftreten sah, die gegen Salvarsan und Bi refraktär waren. HOFFMANN gibt seiner Überzeugung dahin Ausdruck, daß eine relative Resistenz gegen Salvarsan ebenso wie gegen Bi und Hg möglich sei, die vielleicht, abgesehen von einer Verminderung der Wirksamkeit des Salvarsans, auf eine gewisse Anpassung der Spirochäte, noch eher aber auf ein

[1]) Gekürzt vorgetragen auf dem XV. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Bonn. September 1927.

Digitized by Google

Versagen der Abwehrkräfte des Körpers zurückzuführen sei, daß aber bei hinreichender Dosierung und eventuellem rechtzeitigen Wechsel des Salvarsanpräparates das Vorkommen derartiger Fälle zu den allergrößten Seltenheiten gehöre.

Bei der viszeralen und Nervensyphilis jedoch sind von jeher unbeeinflußbare Fälle noch häufiger, und auch das Salvarsan versagt hier nicht selten völlig. Vielfach treten sogar während der Kur fortschreitende Verschlechterungen des klinischen Bildes bis zum Exitus ein, und zwar um so häufiger und überraschender, je intensiver die spezifische Heilwirkung des betreffenden angewandten Mittels ist, eine Beobachtung, die ja eine weitgehende Ablehnung des Salvarsans bei vielen Ärzten in solchen Fällen bis heute noch zur Folge hat. Schon vor der Salvarsanzeit erwähnt aber z. B. Sɛʀtümpell die deletäre Wirkung energischer spezifischer Behandlung bei Leberlues, deren Ursache er in narbiger Schrumpfung sieht, die eine Abklemmung und fortschreitende Lahmlegung der Funktion bewirke. Vor einiger Zeit hat U. Wɪʟe diese sogenannte „paradoxe Wirkung" der Luesbehandlung insbesondere bei Leber- und Herzaffektionen eingehend erörtert, mit dem Ergebnis, daß haupsächlich die Intensität der spezifischen Wirkung des Salvarsans es sei, die an der Leber eine zu schnelle und übermäßige Vernarbung hervorrufe, und daß ganz ähnlich auch beim Herzen, trotz Besserung des Allgemeinzustandes, durch Schrumpfung die Elastizität und damit die Funktion eher ungünstig beeinflußt wird. Aus diesem Grunde seien hier milder wirkende Mittel entschieden vorzuziehen.

Noch folgenschwerer sind diese Vorgänge am Zentralnervensystem, wo insbesondere schon Fournier, Rumpf, Nonne u. a. m. betont haben, daß die anatomische Heilung hier oftmals keineswegs mit dem funktionellen Endergebnis im Einklang stehe, weil die Narben hier mitunter noch ausgedehntere Teile funktionsuntauglich machen, als das durch den syphilitischen Prozeß selbst der Fall war.

Daß man auch an der Haut gelegentlich eine derartige, vorwiegend mechanisch bedingte, rein lokale Therapieresistenz und auf dieser Basis sogar ein Neuaufflackern des Prozesses beobachten kann, zeigte ein Fall, der in nachfolgendem kurz mitgeteilt sei.

Frau L. B., 47 Jahre. Aufnahme 15. VI. 1927. Anamnestisch keine Anhaltspunkte für Lues, Ehe kinderlos. Seit 1922 bemerkte Pat. rote Flecken und Knoten an den Beinen. Vor $2^1/_2$ Jahren, zuerst am linken Knie offene Stelle, die dann allmählich zu den jetzigen ausgedehnten Geschwürsbildungen sich entwickelte. Bisher nur Bäder und Salben, keine spezifische Behandlung.

Befund: Zierlich gebaute, sehr abgemagerte Frau mit sehr blassen Schleimhäuten; Nervensystem o. B.; Reflexe auslösbar. Herz etwas verbreitert. Zweiter Aortenton verstärkt. Systolisches Geräusch an der Spitze. Röntgenbild: diffuse Verbreiterung des Aortenschattens. Leber und Milz nicht vergrößert. Lungen o. B. Urin: Alb.-Sach. —.

Im Bereich des linken Unterschenkels bis handbreit über das Knie hinauf bestehen ausgedehnte knotige Infiltrate von braunroter Farbe, abwechselnd mit teils mehr, teils weniger tiefgreifenden Geschwürsbildungen und mit flachen Vernarbungen, darüber vielfach Schuppen und Krustenauflagerungen. Diese Veränderungen nehmen fast den ganzen Umfang des Unterschenkels ein und reichen bis zur Gegend der Malleolen, medial bis zur Fußwurzel. Der größte Teil des Fußrückens, sowie Zehen und Sohle sind frei. Am rechten Unterschenkel ist nur in über Handbreite die Malleolengegend fast zirkulär, sowie gut die Hälfte des Fußrückens befallen. Ferner besteht ein kleiner Herd von Talergröße oberhalb des rechten Knies. Im ganzen ist der linke Unterschenkel zylindrisch geformt, das Knie in stumpfwinkeliger Beugestellung elastisch fixiert, so daß Streckung und Beugung nur um wenige Grade möglich ist. Für Varizenbildung bestehen

Digitized by Google

auch am rechten Bein keine Anzeichen. Die Röntgenuntersuchung ergibt keine periostalen Auflagerungen, keine Gelenkveränderungen, aber deutliche Atrophie der Unterschenkelknochen, besonders des linken. Blutbefund, außer Anämie, o. B. WR++++.

Therapie: Hochlagerung, indifferente Salbenverbände, kombinierte Kur.

15. VIII. Nach 10 Injektionen Albert 102 (Gesamtdosis 2,5) und 14 Injektionen à 1 ccm Embial ist Abheilung des größten Teiles der Geschwüre eingetreten, zuerst in den zentralen Partien in der Kniegegend, und zwar hier mit weichen, flachen Narben.

Abb. 1. Befund vor der Behandlung. Ausgedehntes tubero-ulzeröses Tertiärsyphilid der Unterschenkel

Abb. 2. Befund nach der Behandlung. Zentralwärts Abheilung, Strangulationswirkung der Narben, peripher Entwicklung neuer gummöser Knoten

Im unteren Drittel des linken Unterschenkels bestehen noch einige Ulzera, rechts ist alles überhäutet. Befinden besser. 31. VIII. Allgemeinbefinden ganz wesentlich gehoben. Inzwischen Bi-Kur fortgesetzt bis zu 17 Embialinjektionen. Alb. —. Urin enthält aber einige hyaline Zylinder; Bi-Kur abgeschlossen. Lokalbefund wenig geändert, abgesehen von stärkerer narbiger Schrumpfung, die ein leichtes Oedem der gesunden Haut am Fuß zur Folge hat. Am rechten Unterschenkel sind die Erscheinungen völlig überhäutet.

30. IX. Inzwischen noch 8 Neosalvarsaninjektionen (Gesamtmenge 3,3). Hiernach unter Bildung fester Narben, deren Rigidität nach unten hin zunimmt, alles überhäutet. Im unteren Drittel des rechten Unterschenkels noch einige oberflächliche Substanzdefekte.

Digitized by Google

Über dem Fußgelenk dagegen haben sich in den letzten Wochen mehrere prominierende Knotenbildungen von ziemlich derber Konsistenz entwickelt. Die histologische Untersuchung ergibt hier ausgedehnte, ziemlich dichte Infiltrate von Lymphozyten, Plasmazellen, z. T. mit Gefäßwandprozessen, auch Epitheloid- und Riesenzellen in der Umgebung dichte Bindegewebsmassen.

Es handelte sich demnach um ausgedehnte, tertiäre, tuberoulzeröse Prozesse, die den linken Unterschenkel im ganzen Umfang bedeckten, und auf dem Oberschenkel bis handbreit über das Knie hinübergriffen, während sie peripherwärts sich in der Mitte bis über das Fußgelenk erstreckten. Unter kombinierter Behandlung mit Wismut Albert 102 und später Neosalvarsan kam es langsam zu einer Resorption der Infiltrate und größtenteils zu einer Überhäutung der Geschwüre, zuerst in den zentralen Partien. Dann aber mit Einsetzen einer stärkeren narbigen Schrumpfung, die jetzt eine ödematöse Stauung am Fuß zur Folge hatte, zeigten sich trotz der fortschreitenden Hebung des Allgemeinzustandes erneut knotige Infiltrate an den schon überhäuteten Stellen der Fußwurzelgegend, die das Niveau stärker als vor Beginn der Behandlung überragten. Die histologische Untersuchung ergab gummöse Gewebsstruktur. Die Wirkung eines statischen Einflusses, wie bei varikösem Symptomenkomplex, wo es ja auch häufig zu hyperplastischen Verdickungen der Haut kommt, konnte keine Rolle spielen, weil die Kranke dauernd zu Bett lag. Aber auch an elephantiastische Verdickung der Haut und Unterhaut, wie man sie gelegentlich bei Lues III infolge chronischer Lymphstauung entstehen sieht, war hier nicht zu denken, vielmehr konnte man innerhalb weniger Wochen die isoliert gelagerten Herde in ihrer Entstehung beobachten und ihre Natur zudem durch die histologische Untersuchung sicherstellen. Was ihre Genese im einzelnen anbelangt, so dürfte die Zirkulationsbehinderung, welche durch die Strangulation der Gefäße bedingt war, eine Herabsetzung des Stoffwechsels und damit der natürlichen Vitalität der Zellen zur Folge gehabt haben, die ja allgemein als Basis für die Wirkung des Salvarsans auf die Spirochäten angenommen wird. Die Zellen sprechen auf den Reiz des Salvarsans nicht in demselben Maße an, wie das unter normalen Kreislaufverhältnissen der Fall ist. Nicht ganz auszuschließen wäre aber auch die Möglichkeit, daß die Zufuhr des Salvarsans bzw. seiner Derivate, die ja schnell wieder ausgeschieden werden, quantitativ vermindert oder in qualitativ veränderter Form zustande käme. Jedenfalls ist durch diese Beobachtung festgestellt, daß ein refraktäres und sogar paradoxes Verhalten syphilitischer Erscheinungen auch rein lokal bedingt sein kann und selbst durch die Heilwirkung spezifischer Mittel unmittelbar hervorgerufen werden kann.

Bedeutungsvoll erscheint diese Beobachtung aber besonders deshalb, weil sie geeignet ist, manche Vorgänge bei der Nervensyphilis verständlicher erscheinen zu lassen. Obwohl, wie bereits erwähnt, die Häufigkeit irreparabler Ausfallserscheinungen durch Vernarbung bei Hirn- und Rückenmarkssyphilis und deren Eintritt während der Behandlung schon lange bekannt sind, so wird dies doch bei den Erörterungen über die gefürchteten sogenannten Provokationswirkungen der Antisyphilitika und besonders des Salvarsans noch keineswegs genügend berücksichtigt. Besonders der Umstand, daß sicher rein

Digitized by Google

Silargel

Chlorsilber-Kieselsäure-Gel

Adsorptionsdesinfiziens für externen Gebrauch

Silargel ist ein Chlorsilberkieselsäuregel mit 5% Silbergehalt. Geeignet zur Behandlung von Ulzerationen, Brandwunden, nässenden Ekzemen (Intertrigo), auch zur Trockenbehandlung des Fluor albus.

Silargel übt, auf Wunden oder Schleimhäute gebracht, keinerlei Reizwirkungen aus

Packungen: Blechdosen zu 25 und 100 g
Klinikpackung zu 500 g

Bisuspen

1 ccm = 0,06 g Bi

Emulsionsartig feine Suspension von Wismutsubsalicylat in Öl

Zur Wismuttherapie der Lues

Kein schwer verteilbares Sediment. Genaue Dosierung ermöglicht. Gute Wirkung und Verträglichkeit.

Flaschen zu 15 ccm, Klinikpackungen zu 50 und 100 ccm

Bisuspen für Kinder

1 ccm = 0,012 g Bi

Gleiche Vorzüge. Exakteste Dosierung minimalster Wismutmengen.

Flaschen zu 12 ccm, Klinikpackung zu 50 ccm

Sufrogel

Schwefelsuspension in Gelatine

zur intramuskulär. Schwefeltherapie

Bei Acne rosacea, Acne vulgaris, Psoriasis, Arthritis gonorrhoica, sowie zur Bekämpfung von Nebenerscheinungen des Salvarsans klinisch erprobt.

Gute Verträglichkeit

Schmerzloser als Schwefelöl-Injektionen

Schachteln mit 3 Ampullen zu 1 und 5 ccm

Klinikpackung: Schachtel mit 50 Ampullen zu 1 ccm

Literatur über diese Präparate steht den Herren Ärzten kostenfrei zur Verfügung

Chem. Fabrik von Heyden A.-G., Radebeul-Dresden

Digitized by Google

bei

entzündlichen Erkrankungen

Schachtel mit 5 Amp. (1,1 ccm)
Flasche mit 10 ccm

J. D. RIEDEL A.-G. BERLIN

Unguentum Alsoli 10%

vorzügliches Adstringens, bequemer und leichter verwendbar als Kompressen mit flüssigen Adstringentien, auch bei längerer Verwendung keine Hautmazeration

Anwendung:

Intertrigo, alle Formen, insbesondere die juckenden und schmerzhaften Entzündungen und Rhagaden der Analgegend. Sonnenbrand, leichte Erfrierungen und Verbrennungen, als Prophylacticum gegen Diathermieschäden.

Orig.-P. M. 1.—

Literatur und Proben den Herren Ärzten kostenfrei

Athenstaedt & Redeker / Chemische Fabrik
Hemelingen bei Bremen

Digitized by Google

toxische schwerste Schädigungen, wie Gehirnödem und Enzephalitis haemorrhagica nach Salvarsan unvermeidlich vorkommen, bestärkt bei vielen Ärzten auch heute noch den Verdacht, daß in den meisten Fällen provozierter Nervenstörungen zum mindesten eine toxische Komponente mit eine Rolle spielen könnte und dies besonders gerade deshalb, weil sich die Erscheinungen während der Kur weiter verschlimmern. Zu dieser Auffassung neigt auch Nonne hin, der ja besonders der Salvarsananwendung skeptisch gegenübersteht, weil sie dem Grundsatz: „Quieta non movere" nicht entspricht.

Zumal im Hinblick auf das Problem der sogenannten Neurorezidive, die ja zwar an Häufigkeit abgenommen haben, aber doch immer noch ihre Opfer fordern, wie auch das Krankenmaterial unserer Klinik in den letzten Jahren lehrte, scheint es mir von Interesse zu sein, im Zusammenhang mit den vorstehenden Gedankengängen auf einige grundsätzlich wichtige Gesichtspunkte in diesem schwierigen Fragenkomplex kurz zurückzukommen.

Bekanntlich hatte als einer der ersten Finger noch zur Zeit der ersten Salvarsanbegeisterung auf die Häufung schwerer Nervensymptome nach Salvarsananwendung hingewiesen, wobei er eine toxische Mitwirkung des Salvarsans um so mehr glaubte annehmen zu müssen, als die WR im Blut und Liquor häufig gleichzeitig negativ war und sie in vielen Fällen zu dauernden Ausfallserscheinungen führten, wenn auch in anderen Fällen durch spezifische Weiterbehandlung eine Besserung oder sogar spontan ein Rückgang eintrat. Demgegenüber war Ehrlich und mit ihm Benario für die syphilitische Natur dieser Prozesse eingetreten und ersterer hatte ja deswegen die Bezeichnung Neurorezidive für sie geprägt. Bei der schlechten Versorgung gewisser Nerven mit Salvarsan, so nahm Ehrlich an, war es einzelnen Spirochätennestern möglich, sich der fast allgemeinen Abtötung zu entziehen und dann später infolge des Ausfalls einer Allgemeinimmunität erneut zu starker isolierter Wucherung zu gelangen.

Bei näherem Studium dieses Gegenstandes fällt es aber auf und ist bisher meines Erachtens nicht genügend gewürdigt worden, daß der Begriff des Neurorezidivs keineswegs ein einheitlicher ist, sondern daß recht verschiedenartige und in ihrer Entstehungsweise sicher nicht gleichwertige Vorgänge hierunter verstanden werden. Die meisten Autoren machen zwar, wie Ehrlich selbst, eine Trennung zwischen Herxheimer-Reaktionen, spirillotoxischen Schwellungen des Frühstadiums, die unmittelbar infolge Abtötung großer Spirochätenmengen am Tage der ersten Injektion meist unter Temperaturerhöhung (Spirochätenfieber) schnell auftreten und andererseits den eigentlichen, meist schleichend, ein bis mehrere Monate nach Abschluß der Kur sich einstellenden Rezidiven. Außerdem werden aber auch Fälle erwähnt, bei welchen die Nervenerscheinungen während der Behandlung aufgetreten waren, und einige Autoren sprechen sogar durchweg von Neurorezidiven während der Salvarsanbehandlung, also zu einem Zeitpunkt, wo nach unseren Erfahrungen die klinischen Erscheinungen an der Haut abzuheilen pflegen.

G. Dreyfus, einer der lebhaftesten Vorkämpfer des Salvarsans, der gerade die Neurorezidive besonders studiert hat, macht 1919 in seiner Arbeit „Spirillotoxische und arsenotoxische zerebrale Reaktionen nach Salvarsan" einen Unterschied zwischen Herxheimer-Reaktionen und „den klinisch zwar gleichartigen, ätiologisch aber andersartigen Reaktionen, welche erst nach 1—2 Tagen, sehr oft nach der zweiten Injektion, auftreten", welche letzteren er nicht auf Spirochätentoxine, sondern auf andere verschiedenartige Ursachen zurückführt. (Schwere Fehler der Technik und Indikations-

Digitized by Google

stellung, z. B. bei Graviden, des Verhaltens der Kranken nach der Injektion, latenter Mikrobismus, bedeutungsvolle endogene, dyskrasische Zustände des Organismus, schwere latente Erkrankung lebenswichtiger Organe, latente Hg-Intoxikationen mit Nierensperrung. Überdosierung nach vorhergegangener Sensibilisierung des Organismus gegen Salvarsan, anaphylaktoide Reaktionen usw.) Diese letztere Gruppe der Reaktionen kommt nach DREYFUS im Früh- sowohl wie im Spätstadium vor, während die HERXHEIMER-Reaktion sich auf das Frühstadium beschränkt. Beachtenswert erscheint die große Mannigfaltigkeit der hypothetischen Erklärungsversuche, die D. für diese während der Kur eintretenden Störungen heranzieht, ohne an die nahe liegende Möglichkeit der Wirkung narbiger Schrumpfungseffekte zu denken, ferner die geringe Bewertung des prinzipiellen Unterschiedes zwischen diffusen Prozessen (Gehirnödem, Encephalitis haemorrhagica) und isolierten Herderscheinungen, wie sie für Lues charakteristisch sind. Andere Autoren freilich gehen noch radikaler und einseitiger vor, wie z. B. der Otologe ALEXANDER, der alle während intensiver Kur eintretenden Akustikusschädigungen, sei es nach Salvarsan, Hg oder selbst Jod, als „chronische oder akute Metallvergiftungen" ansieht, und nur evtl. eine durch Lues geschaffene Prädisposition in manchen Fällen zuzugeben geneigt ist. Die folgenschwere Bedeutung dieser Frage beruht vor allem im Einfluß auf die Indikationsstellung zu weiterer Behandlung.

Nach den obigen Erwägungen erscheint es mir gerechtfertigt, abgesehen von der HERXHEIMER-Reaktion, die einige Stunden nach der Einspritzung, bei intramuskulären Injektionen auch später, eintritt, zu unterscheiden zwischen den eigentlichen Neurorezidiven im Sinne EHRLICHS, die durch Beeinflussung des Immunitätsablaufes (sterilisatio fere completa) bedingt, einige Monate, frühestens mehrere Wochen nach beendeter Kur aufzutreten pflegen und jenen Vorkommnissen, die während einer kräftigen Kur zu einer Zeit auftreten, wo wir äußere Hauterscheinungen gewöhnlich abheilen sehen. Da es sich in diesen Fällen um Narbeneffekte handelt, so muß auch eine weitere Fortsetzung intensiver Chemotherapie relativ unwirksam bleiben, obwohl eine solche bei den HERXHEIMER-Reaktionen und den echten Neurorezidiven von den meisten Autoren mit Recht als einzig erfolgversprechendes Vorgehen gefordert wird. Auch bei einschleichender Dosierung, die gegen HERXHEIMER-Reaktionen zweifellos einen gewissen Schutz gewährt, die aber andererseits z. B. von E. HOFFMANN gerade als Ursache der Entwicklung refraktärer Erscheinungen angesehen wird, werden sich natürlich die erwähnten Narbenfolgen erst recht nur bis zu einem gewissen Grade verhüten lassen, da sich dann vielleicht rechtzeitig, soweit es sich um Zirkulationsstörungen handelt, durch kollateralen Ausgleich eine Abschwächung des Effektes aber nicht immer eine völlige Vermeidung ergeben wird. Insbesondere am Optikus wird das schon nach anatomischen Voraussetzungen oft nicht möglich sein und gerade hier sind eine Reihe von traurigen Beobachtungen z. T. mit Ausgang in Amaurose nach Salvarsan, aber auch schon nach Quecksilber, beschrieben worden, von denen manche als HERXHEIMER-Reaktionen gedeutet werden konnten, andere aber sich erst im weiteren Verlauf der Behandlung einstellten und gerade dann, auch durch Fortsetzung der Kur, in ihrem bösartigen Ablauf nicht aufgehalten werden konnten, so daß man meines Erachtens gezwungen ist, auch hier die Atrophie der Nerven auf eine derartige Abklemmung der Bahnen durch narbige Schrumpfung syphilitischer Krankheitsprodukte zurückzuführen. Auch in der Bonner Klinik haben wir vor einer Reihe von Jahren einen derartigen traurigen Fall beobachtet, bei dem die Augenstörungen sich trotz vorausgegangener Einleitung

Digitized by Google

mit Quecksilber und erst nach der zweiten Salvarsaninjektion allmählich zu entwickeln begannen.

Demnach hätte man zu unterscheiden zwischen 1. HERXHEIMER-Reaktionen am Nervensystem (vorzugsweise im Sekundärstadium, Zeitpunkt des Auftretens bei intravenöser Zufuhr am Tage der ersten Einspritzung, bei ganz schwachen Anfangsdosen evtl. der zweiten Einspritzung, bei intramuskulärer Zufuhr am Tage nach der Einspritzung), 2. Schrumpfungseffekte durch Heilungsvorgänge (Auftreten erst während der Kur und mit fortschreitender Heilung sich weiter verschlechternd) bzw. rein lokal dadurch befördertes Auftreten neuer produktiver Prozesse auch des Spätstadiums, 3. eigentliche „Neurorezidive" im Sinne EHRLICHS (Auftreten erst einige Wochen bis mehrere Monate nach Abschluß der Kur) bedingt durch Ausfall der Infektionsimmunität infolge Sterilisatio fere absoluta vorwiegend im Frühstadium. Für alle 3 Kategorien würde, da sie ja vieles gemeinsam haben, die zusammenfassende Bezeichnung „provozierte Neurolues" (HANTKE) am geeignetsten sein.

Die beste Prophylaxe aller unerwünschten Provokationen der verschiedenen Entstehungsarten bei Neurolues ist natürlich eine rechtzeitige, hinreichend intensive Vorbehandlung mit Salvarsan und Wismut (oder Quecksilber) kombiniert. Daß Salvarsan allein besonders gefährlich ist, eine schon von HOFFMANN immer besonders betonte, von seinen Schülern (Sinn) experimentell bewiesene, aber leider immer noch nicht gewürdigte Tatsache, zeigte auch uns wieder eine Reihe von Beobachtungen in der Hamburger Klinik. Therapeutisch hat uns in mehreren Fällen, darunter auch solchen, bei denen die Nervenerscheinungen während der Kur eintraten und sich trotz fortgesetzter Chemotherapie weiter verschlechterten, die Malaria ergeben, deren großer Wert, gerade für die Behandlung der Neurorezidive ja von KAUDERS, MULZER u. a. schon hervorgehoben worden ist. Als Beispiel möchte ich noch einmal einen Fall anführen, der schon von MULZER mitgeteilt worden ist.

Frau F. Th. 24 Jahre, im 8. Monat ihrer Gravidität in die Klinik aufgenommen. Mitten in der Salvarsan-Wismutkur kurz vor dem Partus entwickelte sich eine durchgehende linke Halbseitenlähmung, die sich dann noch verstärkte, zumal die Behandlung durch den Partus etwas behindert wurde. Am 13. VI. wurde folgender Befund erhoben (Klinik NONNE). Durchgehende Halbseitenlähmung links. Der rechte Mundwinkel hängt etwas, der linke Arm kann nur ganz mühsam in den einzelnen Gebieten bewegt, die Finger können eben zur Faust geschlossen werden. Keine wesentliche Änderung des Tonus. Die Schwäche im linken Bein ist nicht sehr hochgradig, aber immerhin deutlich, Reflexe, Periost- und Sehnenreflexe an den Armen sämtlich positiv. Kein Babinsky, kein Klonus. Hautreflexe links stärker als rechts, Bauchdeckenreflex links auslösbar, rechts nur sehr schwach. Keine deutlichen Sensibilitätsstörungen. Grobe Kraft in der rechten Hand herabgesetzt, dabei erheblich Koordinationsschwäche, so daß feinere Verrichtungen, Knüpfen usw. nicht gelingen. Eine wesentliche Beeinträchtigung des Lagegefühls und der Stereognosie ist nicht nachweisbar. Die WR im Blute war stark positiv. Liquor 30/3 Zellen, Mastix +, sonst o. B. Die Kranke erhielt 5 Embialinjektionen, keine Besserung, sondern es trat im Gegenteil während dieser Behandlung ein weiteres Umsichgreifen der Lähmung ein.

Am 23. VI konnte die Kranke nicht stehen und nicht gehen und mußte gefüttert werden. Erst der Übergang zur Malariakur mit Salvarsan (kleine Dosen einschleichend) brachte einen Umschwung, dem eine fortschreitende Besserung folgte, so daß bei der Entlassung ein sehr guter Allgemeinzustand und nur noch eine mäßige Herabsetzung der groben Kraft der linken Hand nachweisbar war.

Digitized by Google

In diesem Falle war eine schwere und ausgedehnte zerebrale Störung (fast durchgehende Halbseitenlähmung), die sich mitten in der Kur vor und kurz nach einem Partus entwickelt hatte, nach einer Reihe von Bi-Injektionen zunächst noch weiter fortgeschritten und hatte erst nach Malariabehandlung eine deutliche Besserung gezeigt, der dann allmählich ein fast völliger Rückgang der Erscheinungen folgte.

Wenn auch möglicherweise nach weiterer Chemotherapie oder spontan später eine Besserung eingetreten wäre, so war doch hier der prompte Einfluß der Malariaanfälle ganz offensichtlich und überraschend. Obwohl nun die Malaria, wie viele Beobachtungen und auch die Erfahrungen von v. BERDE lehren, an sich ebenfalls provozierend auf syphilitische Krankheitsprodukte wirkt, so ist doch der Effekt offenbar dabei ein ganz andersartiger, wie bei den chemotherapeutischen Provokationen, so daß hierdurch anscheinend selbst narbige Schrumpfungen noch mobilisiert und aufgelockert und bis zu einem gewissen Grade der Chemotherapie zugänglich gemacht werden können.

Kurz streifen möchte ich in diesem Zusammenhange nur noch das Problem der Metasyphilis, die ja neben mannigfachen anderen Differenzen nach neueren Feststellungen von MATTAUSCHEK auch zu den typischen Neurorezidiven sich so verhalten soll, daß sie sich beide in ihrem Vorkommen bei denselben Patienten gegenseitig ausschließen. Immerhin bietet die Praxis aber doch gelegentlich Grenzfälle, die nicht so sicher zu rubrizieren sind. Die mehrfach gemachten Vorschläge, bei Metalues Fibrolysin u. ä. neben spezifischen Mitteln anzuwenden, haben wohl ähnliche Vorstellungen wie die oben geäußerten zur Grundlage gehabt. Die Tatsache, daß insbesondere bei der Tabes spezifische Behandlung nach ausgesprochenen Reaktionen an den Krankheitsherden manchmal eklatante Besserungen, in anderen Fällen Verschlechterungen des klinischen Bildes auslöst, legt doch die Annahme nahe, daß es sich auch hier in beiden Fällen um anatomische Heilungsvorgänge handeln könnte, die nur infolge topischer Unterschiede klinisch so verschiedene Wirkungen haben. Das Hauptkriterium dürfte da eben die Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufes sein zur Entscheidung, ob ein Stillstand nach kräftigen Kuren in einer größeren Zahl von Fällen, als ohne Behandlung eintritt, was ja in der Tat von vielen erfahrenen Autoren berichtet wird.

In diesem Falle dürfte das Opfer begrenzter Ausfallserscheinungen gerechtfertigt erscheinen. Besonders schwierig ist die Indikationsstellung bei der Optikusatrophie, wo einer strikten Ablehnung jeder eingreifenden Behandlung (NONNE, BEHR) von anderer Seite Berichte über gute Erfolge gegenüberstehen. Ob hier der Vorschlag von HORN, in diesen Fällen einen Versuch mit „afebriler Malaria" zu machen, den Erwartungen entsprechen wird, muß sich erst zeigen. Wahrscheinlich wird man, wenn man sicher gehen will, sich doch im wesentlichen auf inzipiente Fälle beschränken müssen.

Literatur

1. ALEXANDER, G., Syphilis des Ohres. Handb. d. Geschlechtskrkh., 1916, Bd. 3, S. 2. — 2. BEHR, Zschr. f. Augenheilk., Bd. 60, S. 320. — 3. BENARIO, Neurorezidive Monographie, München 1911. — 4. v. BERDE, Derm. W., Bd. 83, S. 1437. — 5. BRÜNING,

Digitized by Google

Arch. f. Derm., Bd. 129, S. 199. — 6. Dreyfus, M. m. W., 1919, Nr. 18. — 7. Felke, Arch. f. Derm., Bd. 140, S. 372. — 8. Finger, B. kl. W., 1911, Nr. 48. — 9. Hantke, Kl. Monatsbl. f. Augenheilk., Bd. 69, S. 209. — 10. Hoffmann, E., D. m. W., 1926, Nr. 38. — 11. Horn, M. m. W., 1926, S. 1975. — 12. Jessner, M. Kl., 1923. Nr. 25. — 13. Igersheimer, Salvarsan und Auge. Handb. Kolle-Zieler, Bd. 2, S. 375. — 14. Kauders, W. kl. W., 1927, Bd. 85. — 15. Kyrle, Neurorezidive. W. kl. W., Bd. 2, S. 355, — 16. Mattauschek, W. kl. W., 1926, S. 1424. — 17. Mulzer, Kl. W., 1926 u. D. Zschr. f. Chir., Bd. 203, S. 654. — 18. Nonne, Lehrbuch, Syphilis und Nervensystem. Berlin. — 19. Rumpf, Syphilis und Nervensystem. Wiesbaden 1887. — 20. Silberstein, Arch. f. Derm., Bd. 147, S. 116. — 21. Wile, U., Am. J. m. sc., Bd. 164, S. 415.

Referatenteil

redigiert von Dr. Marie Unna, Hamburg-Bergedorf

Mitteilungen aus der Literatur

Urogenitalapparat

b. Penis, Urethra, Blase

Cylotropin als Heilmittel von Inkontinentia, Enuresis und Pollakisurie, von E. Rotthaus, Städt. Krkhs. Bielefeld. (D. m. W., 1927, Nr. 35, S. 1471.) Cylotropin bewirkt durch Reizung der Schleimhaut und der in ihr liegenden Nervenendigungen eine Sensibilisierung. Durch Erhöhung der Sensibilität wird die Nachricht über den Füllungsgrad auf dem sensiblen Neuron verstärkt fortgeleitet. Bei Enuresis erfolgt die Benachrichtung über das Großhirn, bei postoperativer Inkontinenz und bei der nicht entzündlichen Pollakisurie veranlaßt offenbar ein Rückenmarksreflex einen erhöhten Tonus des Sphincter internus. Verf. hat in über 40 Fällen gute Erfolge beobachtet, häufig schon nach einer Injektion von 8—10 ccm Cylotropin.

F. Harry-Wiesbaden.

Richtlinien für die Behandlung der nervösen Blasenstörungen, von Fürbringer-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 3, S. 90 und Nr. 4, S. 121.) In jedem Falle zunächst Untersuchung des Urins auf Eiter, denn „keine Zystitis ohne Pyurie und keine reine Blasenneurose mit Pyurie!“ Empfehlung der Donnéschen Eiterprobe (tropfenweises Zufügen von KOH oder NaOH, bei Vorhandensein von Leukozyten schleimiggallertige Umwandlung und Bildung von Luftblasen) neben dem mikroskopischen Nachweis. Die Pollakisurie ist meist Teilerscheinung allgemeiner Neurosen, bzw. sie beruht auf einer Steigerung der Nierenarbeit infolge Erhöhung der Wasser- und NaCl-Ausscheidung (in diesem Falle reflektorische Übertragung auf die Blase) oder auf einer Nierenkongestion als Vorstadium einer Kriegsnephritis. Therapie: NaCl-arme Ernährung, Psychotherapie (Suggestivbehandlung), Sedativa (cave starke Medikamente!) eventuell Arzperger. Die nervöse Harninkontinenz findet sich meistens bei Frauen; Gründe: akute psychische Erregungen, geringgradige Inanspruchnahme der Bauchpresse bei labilem Nervensystem. Therapie: Psychotherapie, Elektrisation (galvanische und faradische), Kälteapplikation. Cave Einführung von Sonden oder Kathetern. Gute Ernährung, Badekuren. Bei Versagen dieser Maßnahmen operative Behandlung (plastischer Sphinkterersatz, keine Paraffininjektionen). Die rein nervöse Retentio urinae (Zystospasmus Ischuria spastica) findet sich oft bei Hysterie. Therapie: Psychotherapie, Elektrizität Massage, heiße Blasenspülungen, endovesikale Diathermie; Verf. mahnt dringend zu möglichster Vermeidung endovesikaler Maßnahmen wegen der Gefahr der Infektion. Sedativa, Spasmolytika (Afenyl, Papaverin). Prognose schlecht. Verf. bespricht kurz die postoperative und postpartale Harnverhaltung. Ursache: Blockierung der Innervation. Behandlung mit Cylotropin intravenös, NaCl intravenös oder Kalium aceticum per os oder rectum. Sehr vorsichtige Prognosestellung in jedem Falle rein nervöser Blasenstörung.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Kritischer Beitrag zur Behandlung von Zystitiden und Pyelitiden, von J. Segall-Berlin. (Fortschr. d. Ther., 1927, H. 13, S. 474.) Verf. empfiehlt zur Behand-

Digitized by Google

lung akuter und chronischer Pyelitis und Pyelozystitis das Pyelozystin, das sehr rasch eine Klärung des Urins herbeiführt und in kurzer Zeit Urindrang und Tenesmen beseitigt. Auch als Desinfiziens bei einfacher Blennorrhoe hat sich das Mittel bewährt: Komplikationen wurden danach weniger beobachtet. Nebenerscheinungen oder Beschwerden traten niemals auf. B. Peiser-Berlin.

c. Hoden, Samenbläschen, Prostata

Ein einfaches, seinen guten Sitz behaltendes Suspensorium, von H. Schreus. Hautkl. Med. Akad. Düsseldorf. (D. m. W., 1927, Nr. 35, S. 1474.) Das Suspensorium besteht aus einem Tragbeutel mit 4 Befestigungen am Gurt. Die beiden hinteren Träger sitzen am hinteren Rand des Tragbeutels und gehen in den Leistenbeugen noch, die vorderen greifen seitlich an. Der Beutel wird zunächst mit den hinteren Trägern befestigt, alsdann wird das Skrotum mit den vorderen Trägern hoch und nach vorn gehoben und in dieser Lage fixiert. Hersteller: Med. Warenhaus, Berlin, Karlstr. 35. Preis: 1,50 Mark. F. Harry-Wiesbaden.

Über ein Testikelpräparat, von Postowsky und E Titow. (Pharm. Zhl., 1927. Nr. 25, S. 385.) Gelegentlich chemischer Untersuchungen über die Base Spermin tauchte bei den Verff. der Verdacht auf, daß „Sperminum Poehl" ein einfaches Gemisch der Basen der Stiertestikel sei. Die angestellten Versuche ergaben ein Präparat, das in wesentlichen Bestandteilen und Reaktionen mit dem Sperminum Poehl übereinstimmt. Von einer quantitativen chemischen Identifizierung der Präparate mußte abgesehen werden; aber es ergibt sich mit Sicherheit, daß die Hauptwirkung des Sperminum Poehl auf die Anwesenheit des Hormon Cholin zurückzuführen ist, dessen sekretionsfördernde Wirkung, Beeinflussung der Darmtätigkeit und Beziehung zum Vagusstoff bekannt sind. M. Cohn-Dresden.

Über die Spezifität der männlichen Sexualhormone, von Magnus-Hirschfeld und B. Schapiro, Inst. f. Sexualwissensch. Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 32, S. 1344.) In 65% aller Fälle wurde unter Ausschaltung der Suggestiv- und Eiweißwirkung mit Hormonextrakten eine Steigerung der Libido und Erektionen erzielt. Zur Behandlung von Potenzstörungen wird von der Chem. Fabrik Promonta nach den Angaben der Verff. hergestelltes Präparat „Testifortan" empfohlen, daß neben den durch schonende Trocknung von Testes gewonnenen Hormonen der Keimdrüse noch Hormone von Prostata, Samenblase, Nebenhoden, Hypophysenvorderlappen und Nebenniere enthält, ferner noch Kalzium, Spuren von organisch gebundenem Jod sowie einen Zusatz von yohimbinhaltigem Drogenextrakt. Zu einer Behandlung sind 30—40 Injektionen und 100—200 Tabletten erforderlich. Dauer der Behandlung 4—8 Wochen. Zur Bekämpfung der Ejaculatio praecox wird das Präparat „Präjaculin" empfohlen, das aus Belladonna, Kalzium, Lezithin und Sedativa besteht. Beide Präparate haben sich während einer 3jahr. Erprobungszeit bestens bewährt. F. Harry-Wiesbaden.

Innervation de la prostate (Innervation der Prostata), von N. Mislawsky. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 101—103.) Im Anschluß an die Ergebnisse früherer eigener Untersuchungen, nach denen die sekretorischen Nerven der Prostata im N. hypogastricus verlaufen und sich in den Nn. erigentes nicht finden, andererseits sowohl Hypogastricus wie Erigentes motorische Fasern für die glatten Muskeln der Glans enthalten, wird über weitere neuere Untersuchungen über das Nervengebiet der Prostata berichtet. Es finden sich neben den sekretorischen Nerven sekretionsbeschränkende in den Erigentes und Hypogastrikus. Damit wird auch die Wirkung des Adrenalins erklärt. Es bestehen in denselben Zellen zwei ansprechbare Substanzen, eine anregende und eine einschränkende. E. Levin-Berlin.

Ein Fall einer akut entzündlichen Prostatitis im Kindesalter, von v. Graevenitz-Leipzig. Vereinig. sächs.-thüring. Kinderärzte, 5. Dez. 1926, Leipzig. (Mschr. f. Kinderhlk., 1927, Bd. 35, H. 5, S. 457.) Bei einem 14jähr. Knaben mit ausgebildeten sekundären Geschlechtsmerkmalen entwickelt sich unter Bauchdeckenspannung, Miktionsbeschwerden eine links von der Medianlinie gelegene derbe, schmerzhafte Anschwellung der Prostata, die unter Kältebehandlung innerhalb 6 Wochen sich zurückbildet. Ausschluß von Blennorrhoe und vikariierender Parotitis. R. Ley-Kreuznach.

Zur Therapie der Prostatitis, von O. Nast-Danzig. (D. m. W., 1927, Nr. 35, S. 1472.) Verf. hat zur Diathermiebehandlung der Prostatitis eine sogenannte Sattelelektrode konstruiert, bei der der Patient direkt vom Damm aus nach der bandförmigen Prostataelektrode senkrecht bestrahlt wird. Der Abstand zwischen den Elektroden beträgt je nach Grad der Entzündung 7—10 cm. Die Dammelektrode liegt auf einem

Digitized by Google

Sattel fest montiert, der zur Unterstützung der Arme eine Lenkstange wie beim Fahrrad trägt. Die Behandlung soll 5—1 Minute betragen. Die Resultate sind entsprechend der intensiveren Durchwärmung besser als die bei der alten Methode der Diathermie, bei der die Stromrichtung schief strahlenförmig und nicht senkrecht von einer Elektrode zur anderen verläuft. F. Harry-Wiesbaden.

Lymphogranulomatose der Prostata, ein bisher nicht beobachtetes Krankheitsbild, von P. Blatt und A. Markus. Urol. Abt. Allg. Polikl. Wien. (Zschr. f. urol. Chir., 1927, Bd. 22, H. 3/4. S. 208.) Verf. beschreibt einen Fall von Lymphogranulomatose der Prostata, der erst durch die Autopsie geklärt werden konnte, hatte doch die Lymphogranulomatose die Prostata, die Samenblasen und die Harnblasenwand in ihrem Fundus derart durchwachsen, daß ein Auslösen eins dieser Organe auch bei der Autopsie fast unüberwindbare Schwierigkeiten machte. Wegen der Prostration war zuerst eine typische Zystotomie ausgeführt worden, diese Wunde vereiterte aber und es bildeten sich auch seitlich von der Operationswunde Urinfisteln, was anfangs nicht zu erklären war, was aber nachträglich sich durch das Durchsetztsein in der Blasenwand mit Granulationsgewebe leicht erklären ließ. Mehrere vergebliche Versuche, die Fisteln zu umschneiden und zum Verschluß zu bringen. Patient starb an einer wieder neu aufgeflackerten Tuberkulose. A. Rosenburg-Mannheim.

d. Nieren, Ureteren, Harn

Pharmakologische Untersuchungen am isolierten Ureter, von H. Rothmann, II. Med. Kl. Charité, Berlin. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd. 55, H. 5/6, S. 776.) Verf. hat am isolierten Ureter des Meerschweinchens Versuche mit verschiedenen Substanzen angestellt. Er fand, daß die Substanzen, die das vegetative System im Sinne einer parasympathischen Erregung beeinflussen, wie z. B. KCl und Cholin, auch anregend und fördernd auf die Ureterkontraktionen wirken. Atropin übt nur einen geringen hemmenden Einfluß aus. Von den im Sinne einer sympathischen Erregung wirkenden Pharmaka hebt $CaCl_2$ bestehende Kontraktionen auf, während Adrenalin sie verstärkt. Ergotamin vermag die Adrenalinwirkung zu paralysieren. Das Hypophysin ruft eine schnell vorübergehende Beschleunigung der Ureterkontraktionen hervor, die dann einer völligen Lähmung Platz macht. Das Histamin ruft regelmäßig Kontraktionen hervor, beschleunigt sie und führt zu einem Tonusanstieg des gesamten Ureters, der in einer Verkürzung des Präparates zum Ausdruck kommt. A. Rosenburg-Mannheim.

e. Weibliches Genitale

Zur Kasuistik der Genitalverletzungen sub coitu, von G. Bakscht-Leningrad. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 21, S. 1333.) Drei Fälle von Koitusverletzungen, deren Trägerinnen dem asthenischen Konstitutionstyp angehörten. Zweimal handelte es sich dabei um den ersten Verkehr nach einer etwa 1 Jahr zurückliegenden Geburt, so daß daraus vielleicht geschlossen werden darf, daß die bei dem asthenischen Typus schon vorhandene Fragilität der Gewebe in der dem Puerperium und der Laktation folgenden Periode noch gesteigert ist. F. Langer-Berlin.

Ein Fall von Urethraverletzung sub coitu, von E. Hausmann-Kiew. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 30, S. 1923.) Bei einer 22jähr. trat im Anschluß an den ersten Koitus tagsüber gesteigerter Harndrang und Inkontinenz während der Nacht auf. Am Hymen fand sich ein Riß, der unmittelbar in die Urethra überging. Das war nur durch eine Entwicklungsanomalie möglich, indem die vordere Basis des Hymens sich an der Bildung der hinteren Wand des Orif. urethrae ext. beteiligte. Da eine Spontanheilung nicht eintrat, operative Anfrischung der Rißränder und Naht. Heilung.
F Landauer-Berlin.

Periodisch rezidivierendes Vulvaödem während der Gravidität, von R. Joachimovits, Frauenabt. Poliki. Wien. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 32, S. 2036.) Im Anschluß an eine in früheren Jahren erfolgte Geburt trat bei einer sonst gesunden, 25 Jahre alten Frau immer knapp vor den regelmäßig alle 3 Wochen eintretenden Menses eine hochgradige ödematöse Schwellung der kleinen und großen Schamlippen und der Klitoris auf. Das Ödem verlor sich stets spontan innerhalb von 3 Tagen. Interessant ist, daß bei einer neuerlich eingetretenen, 7 Monate alten Gravidität die Regel zwar ausblieb, das Ödem aber sich nach wie vor alle 3 Wochen wiederholte, und zwar eher stärker als früher. Der Fall illustriert die Fortdauer periodischer Vorgänge im weiblichen Genitale auch während der Schwangerschaft in besonders deutlicher Weise.
F. Landauer-Berlin.

Digitized by Google

Über Spülungen der Vagina und des Cavum uteri mit Wasserstoffhyperoxyd, von Z. Soós-Debrecen. (Budapesti Orv. Ujsag., 1927. Nr. 30.) Die zur Desinfektion der Vagina heute allgemein gebrauchte Kaliumpermanganatlösung entspricht nicht ihrem Zwecke, da sie die normale Flora der Vagina abtötet, die pathogenen Keime aber nicht schädigt. Nach den Untersuchungen des Verf. entspricht diesem Zwecke am idealsten eine auf 37° C erwärmte 3%ige Lösung von H_2O_2, da diese für die normale Flora unschädlich ist, die pathogenen Keime aber binnen kürzester Frist abtötet. $KMnO_4$, Sublimat, Lysoform und Alkohol töten in den üblichen Konzentrationen nur die normale Scheidenflora. Die 3%ige H_2O_2-Lösung verursacht keinerlei Gewebsschädigung, eine eventuell vorhandene Blutung wird leichter gestillt als durch irgend eine andere Spülflüssigkeit, bei Spülungen des Cavum uteri verursacht sie bei Verwendung des Bozemann-Fritschschen Katheters niemals Luftembolie. K. v. Berde-Szegedin.

Über Infektionen mit B. coli commune des weiblichen Geschechtsapparates, von G. Popow. (Wratschebnaja Gaseta, 1927, Nr. 16.) Die Infektionen des weiblichen Geschlechtsapparates mit B. coli commune sind nicht sehr selten. Die Diagnose bereitet Schwierigkeiten, da ihr bakteriologischer Nachweis nicht so einfach ist und da sie sich vom Appendix und der Flexura sigmoidea weiter verbreitet haben können. Eine wertvolle Hilfe bei der Diagnose bieten Herdreaktionen nach Injektionen von Kolivakzine. Zur Behandlung wird die lokale Anwendung von Autovakzine mittels Tamponade und auch mittels Einspritzung derselben in den Uterus empfohlen. In letzterem Fall muß man aber auf eine sehr starke Reaktion gefaßt sein. A. Jordan-Moskau.

Zur Therapie der Incontinentia urinae des Weibes, von L. Casper-Berlin. (D. m. W., 1927, Nr. 29, S. 1212.) Zur Bekämpfung der Inkontinenz schlägt Verf. vor, den Schließmuskel durch Kauterisation zu verengern. Man stellt sich mit Hilfe eines von Artur Lewin angegebenen Zystoskopes den Sphinkter ein und koaguliert mittels einer Diathermiesonde an beiden Seiten und unten, bis Gasblasen aufsteigen. Verbrennungen an anderen Teilen der Blase lassen sich bei dieser Methode mit Sicherheit vermeiden. F. Harry-Wiesbaden.

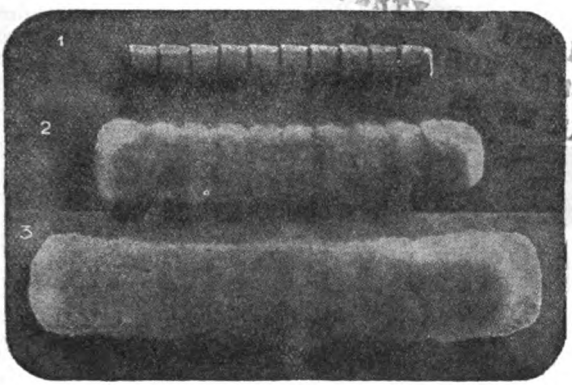
Über Kontraktur und Sklerose des Blasenhalses beim Weibe, von R. Knorr-Berlin. (Zbl. f. Gyn., 1927, Nr. 19, S. 1154.) Im Gegensatz zu der häufigen Harninkontinenz, die auf Erschlaffungszuständen des Blasenhalses beruht, ist bei Frauen das Bild der Harnverhaltung selten. Sie ist mechanisch bedingt durch Kontraktur des Sphinkters oder aber durch narbige, fibröse Verengerung des Blasenhalses. Eine derartige Sklerose sah Verf. in 2 Fällen, denen beidemal entzündliche Erkrankungen des Blasenhalses vorangegangen waren. Therapeutisch ist ein langsames, schonendes Dehnen des Sphinkters der brüsken Erweiterung vorzuziehen. Neben den üblichen krampflösenden Medikamenten beseitigen Katheterismus und Blasenspülungen die Retention und eine eventuell vorhandene Zystitis. Vor der Spaltung des Sphinkters wird gewarnt, weil die Frau im Gegensatz zum Mann nur einen einzigen Schließmuskel besitzt.
F. Landauer-Berlin.

Sur les hormones sexuelles de la femelle (Über die Sexualhormone des weiblichen Tieres), von Bencan, Ch. Champy und Th. Keller. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 229–232.) Untersuchungen an weiblichen Meerschweinchen ergaben, daß das Ovarium zwei verschiedene Substanzen enthält: die eine, an Lipoide gebundene, findet sich reichlich in den Follikeln, besonders zur Zeit der Reife, sie bewirkt Wachstum des Genitaltraktus und der Uterusdrüsen; die andere reichlich im Corpus luteum, in Wasser löslich, bewirkt Kongestion des Uterus und der Mamma. Die Untersuchungen bestätigen die auch sonst schon geäußerte Anschauung von der Pluralität der Sexualhormone und erklären die bekannten Erscheinungen der Geschlechtsentwicklung. In der Plazenta finden sich gleichfalls 2 Substanzen von entsprechender Wirkung, die daselbst gebildet werden; die Sekretion der Sexualhormone ist also nicht an eine bestimmte Art histologischer Elemente gebunden. E. Levin-Berlin.

L'action spécifique du corps jaune de l'ovaire sur le tractus génital (Die spezifische Wirkung des Corpus luteum des Ovariums auf den Genitaltraktus), von C. Champy und E. Gley. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 20, S. 119–122.) Intravenöse Einspritzungen von Corpus-luteum-Extrakten bewirkten bei Tieren, die gegen die unmittelbar toxische Wirkung der Extrakte immunisiert waren, Uterusblutungen; bei der Sektion zeigten sich intensive Kongestionen des Genitaltraktus und der Brustdrüse. Die Wirkung ist ganz verschieden von der der Follikelflüssigkeit, indem die wirksame Substanz einmal in Wasser löslich, das andere Mal an die Lipoide geknüpft ist.
E. Levin-Berlin.

Digitized by Google

PROPERTY
DERMATOLOGICAL
LABORATORIES
REMOVED



Verschiedene Stadien der Quellung des Partagon-Stäbchens in Wasser:
1. Normal-Stäbchen.
2. Erstes Stadium der Quellung.
3. Zweites Stadium der Quellung.

Die bedeutendste physikalisch-chemische Verbesserung der Stäbchen-Therapie!

Partagon

bewirkt durch den Druck der quellenden Masse das Eindringen des bakteriotropen Silbers in die Schleimhautfalten, Vergrößerung des regenerativen Gewebsreizes und Abkürzung der Behandlungsdauer bis zur Heilung bei

Gonorrhoe der Cervix und Urethra,

cervikalen Entzündungen und Katarrhen anderer Aetiologie / Vulvovaginitis infantum / Gonorrhoe des Rectums.

Versuchsmengen auf Wunsch.

SANDOZ A.-G., CHEM.-PHARM. FABRIK, NÜRNBERG

Digitized by Google

DESITIN

MEDIZINAL-PUDER

— wie **Desitin-Salbe** auf **Chlor-Lebertran-Basis** aufgebaut —

hat sich u. a. sehr bewährt bei:

Dermatitis / Pruritus / Balanitis
Intertrigo nach Fluor

Originaldosen von 100 g zu RM. 1.30 in allen Apotheken erhältlich

Arztproben bereitwilligst durch

„DESITIN"-WERK CARL KLINKE
Fabrik pharmazeutischer Präparate
HAMBURG 19

Zur Vitamin - Mineral - Therapie

(Lokale Vitamin-Anwendung bei Hauterkrankungen)!

Vitrisol-Lösung zur Iontophorese: bei Acne vulgaris, rosacea, circumscripten chron. Ekzemen, Lupus vulgaris, Lupus erythematodes. Ferner in konzentrierter Form zu Umschlägen bei akuten Hautprozessen

Vitrisol-Zinköl: bei akuten, nässenden, stark entzündlichen Hauterkrankungen

Vitrisol-Paste: bei mehr subakuten, nur wenig entzündlichen Hauterkrankungen, vor allem zur Abdeckung von Ulcera cruris, Brandwunden, frischen Ulzerationen im allgemeinen

Vitrisol-Salbe: bei stark juckenden und schuppenden chronischen Hauterkrankungen, ev. in Verbindung mit Colloesulfan-Bädern, die neben Schwefel in kolloider Form Gallenbestandteile enthalten und ultravioletto Bestrahlung erfahren haben, ferner Ulcera cruris

Vitrisol-Pulver: zur inneren Darreichung als allgemeines Tonicum mit dem für Vitamine üblichen Indikationsgebiet

Literatur: Dr. H. Beck, aus der Haut-Abtlg. (Dr. W. Richter) der chirurg. Univers.-Klinik zu Berlin „Über lokale Vitaminanwendung bei Hauterkrankungen". Münchn. med. Wochenschrift, 1927, Heft 27

Vitrisol - Präparate

(hochvitaminhaltig - ultraviolett bestrahlt)

Dr. Willmar Schwabe ◆ Leipzig O 29

Muster u. Liter. durch unsere wissenschaftl. Abteilung

Digitized by Google

Recherches sur la distribution de la folliculine dans l'organisme (Untersuchungen über die Verteilung des Follikulins im Organismus), von L. Brouha und H. Simonnet. (Compt. rend. Soc. Biol., 1927, Bd. 97, Nr. 23, S. 459–460.) Die Versuche wurden an erwachsenen kastrierten weiblichen sowie an normalen noch nicht geschlechtsreifen Tieren mit Extrakten von Plazenta und Uterusmuskulatur, Blut, Zerebrospinalflüssigkeit und Milch von Frauen angestellt. In den wirksamen Extrakten findet sich das Hormon in wesentlich geringerer Konzentration als in den Extrakten von Follikelflüssigkeit. Im zirkulierenden Blut ist zur Zeit der Schwangerschaft und im Augenblick der Niederkunft eine Substanz vorhanden, die die Eigenschaften des Follikulins besitzt; das Follikelhormon wird also trotz Aufhörens des Vorganges der Follikelreifung im Organismus weiter gebildet. Der Uterusmuskel enthält während der Phase der funktionellen Ruhe des Organs kein Follikulin. Das Vorkommen von Follikulin in der Milch stimmt mit der Tatsache überein, daß die Brustdrüse unter dem Einflusse des Follikulins hypertrophiert und sekretorische Veränderungen eingeht. Die Ausscheidung des Follikulins durch die Mamma ist vielleicht eine der Ursachen der während der Laktation bestehenden Amenorrhoe. Im zirkulierenden Blut findet man Follikulin im Verlaufe gewisser hartnäckiger Amenorrhoen; diese hängen also nicht immer von einem Mangel an Ovarienhormon ab. E. Levin-Berlin.

Über den Einfluß des Yohimbins auf die vaginalen Brunsterscheinungen des Nagerweibchens, von S. Loewe, F. Lange, H. E. Voss und E. Paas, Pharm. Univ.-Inst. Tartu-Dorpat. (Arch. f. exper. Path. u. Pharm., 1927, Bd. 122, H. 5/6. S. 366.) Durch Yohimbineinspritzungen gelingt es nicht, einen merklichen Einfluß auf die Brunsterscheinungen bei der Maus, der Ratte oder dem Meerschweinchen hervorzurufen. Es tritt weder beim normalen geschlechtsreifen Weibchen eine Steigerung des zyklischen Brunsterfolges nach Yohimbinbehandlung ein, noch eine Besserung der relativen Insuffizienzerscheinungen beim hyphormotischen Tier, noch eine Beschleunigung der Pubertät bei vor der Reife stehenden Tieren. Auch bei kastrierten Nagerweibchen erfolgt unter Yohimbinbehandlung keine Änderung des zytologischen Bildes des Scheidenabstriches. Dem Yohimbin kommt also kein unmittelbar stimulierender Einfluß auf die Keimdrüse und den Genitalschlauch zu, seine Wirkung als Aphrodisiakum ist mit seinem reflexsteigernden Einfluß auf nervöse Sexualeinrichtungen zu erklären. B. Peiser-Berlin.

Über weibliche Sexualhormone. X. Mitteilung: Ergänzendes über das „Zählverfahren" zur quantitativen Verfolgung des Brunstablaufs beim Nager, von S. Loewe und F. Lange, Pharm. Univ.-Inst. Tartu-Dorpat. (Zschr. f. d. ges. exper. M., 1927, Bd 54, H. 1/2, S. 188.) In Ergänzung zu den früheren Untersuchungen wird erörtert, ob beim Studium der vaginalen Brunstvorgänge statt der Prozentwerte der Beteiligung der einzelnen Zellarten am Scheidenabstrichbilde die absolute Zellausbeute jeder Zellart berücksichtigt werden sollte. Die verschiedenen Kurven zeigten, daß sich die erforderlichen Zahlen annäherungsweise schon bei der bisherigen Handhabung des Zählverfahrens im Nebenbefund ergaben und zu entsprechenden Brunstkurven verarbeiten lassen. Es ergab sich, daß das Zählverfahren als umfassendere Methode die einfacheren Betrachtungsmethoden der anderen Brunstuntersucher in sich begreift. Die physiologische Brunstintensität der Maus ist äußerst schwankend, die Festlegung eines schärferen Einheitswertes daher unumgänglich notwendig. M. Stern-München.

Sexual-Pathologie und -Hygiene

Neuere Gesichtspunkte zum Problem der Impotenz, von B. Schapiro, Inst. f. Sexualw. Berlin. (M. Kl., 1927, Nr. 31, S. 1183–1185.) Die Potenz kann betrachtet werden als Resultante aus Ladung (Tonus der Sexualzentren) und Widerstand (Hemmungen bewußter und unbewußter Natur). Der Tonus hängt ab vom Füllungsgrad der Zentren mit endokrinen Stoffen, von ihrem Konzentrationsgrad mit anorganischen Stoffen (Kalium- und Kalziumionen), vom vegetativen Nervensystem, von der konstitutionellen Bereitschaft oder dem Widerstande gegenüber psychosexuellen Assoziationen, vom psychischen Faktor. Potenzstörungen können auf mangelnder Ladung infolge Störung eines dieser Faktoren beruhen, ferner auf vermehrtem Widerstande, die die psychische Impotenz darstellen. Der rein psychische Faktor darf jedoch gegenüber dem hormonalen Faktor nicht überschätzt werden, meist handelt es sich um Kombinationen. Als Ursachen der Ladungsstörungen kommen Schädigungen der Keimdrüse selbst, Funktionsstörungen anderer endokriner Drüsen, Störungen der Ionenkonstellation im Gewebe bei intakter Drüsenfunktion, Schädigung des vegetativen Nervensystems, Besonderheiten der psychi-

Digitized by Google

schen Struktur in Betracht. Bei der Behandlung ist gleichzeitig Ladungsstörung und Hemmungsstörung zu berücksichtigen; letztere erfordert allgemeine Behandlung des psychisch-neurotischen Zustandes (Hydro- und Elektrotherapie, Sport, Turnen, Suggestivbehandlung, bei möglichster Beschränkung lokaler urologischer Methoden). Doch kommt man oft besser und schneller zum Ziele, wenn man dem erhöhten Widerstande durch eine Erhöhung der Ladung zu begegnen sucht. Dem soll durch Verabfolgung von Hodenpräparaten Genüge getan werden, doch ist das wirksame Prinzip des Hodenhormons noch nicht definiert und isoliert und es erscheint fraglich, ob es in den Organpräparaten wirklich enthalten ist oder ob es sich dabei nicht nur um Suggestivwirkung oder unspezifische Proteinkörpertherapie handelt. Eine Gewähr für spezifische Wirkung bietet ein aus Organextrakt und Organtrockensubstanz bestehendes Präparat „Testifortan".

E. Levin-Berlin.

Zum Kapitel der sterilen Ehen, von C. Posner-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrgang 1, Nr. 1, S. 15 und Nr. 2, S. 49.) Verf. geht nach Hinweis auf die von Kehrer inaugurierte Feststellung, daß bei steriler Ehe beim Manne die Untersuchung der Gründe für die Sterilität einzusetzen habe, auf die verschiedenen Methoden der Untersuchung ein. Untersuchung des durch manuelle Expression vom Rektum her gewonnenen Samenblaseninhaltes bzw. des Expressionsurins ist nur bei positivem Spermienbefund beweisend. Mikroskopische Untersuchung des durch Coitus condomatus oder Masturbation gewonnenen Spermas innerhalb der ersten 12 Stunden ist erforderlich; Untersuchung des Vaginalinhaltes post coitum wird aus ethischen Gründen und wegen der Gefahr der Vortäuschung einer Nekrospermie abgelehnt. Alleinige makroskopische Beurteilung des Ejakulates ist nicht angängig. Fehlen von Spermien kann auf Erschöpfung des Vorrats nach wiederholten Ejakulationen beruhen, deshalb Wiederholung der Probe nach einigen Karenztagen. Weiterhin kommen Schädigungen der spermatogenen Gewebe durch Infektionen, Alkohol, Röntgenstrahlen, Lues in Frage; auch psychische Einflüsse spielen eine Rolle (Krieg!). Ferner können konstitutionelle Fehler vorliegen in dem Sinne, daß gesunde Männer einfach keine Spermien produzieren. Meistens liegt aber eine „Obliterationsazoospermie" vor, und zwar entweder eine erworbene oder in sehr seltenen Fällen die von Posner beschriebene angeborene Obliterationsazoospermie. Zur Klärung dieser Fragen ist eine Hodenpunktion nach Posner-Cohn notwendig, die als interessanten Nebenbefund in vielen Fällen ergab, daß die Spermatogenese bei gehemmtem Samenabfluß nicht stockt, also keine Inaktivitätsatrophie eintritt; außerdem gestattet sie in Zweifelsfällen, ob es sich bei fraglichen Gebilden im Skrotum um Hoden handelt (Triorchie usw.), eine Entscheidung dadurch, daß kleine Stückchen von Samenkanälchen bei der Punktion mitgerissen werden, die mikroskopisch als solche verifiziert werden können. Bei einwandfreier Obliterationsazoospermie schlägt P. künstliche Befruchtung vor; die Vasoorchidostomie nach Martin lehnt er ab. Liegt eine Lues zugrunde, Versuch einer antiluetischen Behandlung. Stauung, Fibrolysininjektionen und Organotherapie sind zwecklos. Als letzte Form erwähnt P. eine seltene Gruppe von Fällen, bei denen weder beim Manne noch bei der Frau irgend eine Abnormität festgestellt werden kann, die Ehe aber trotzdem steril ist.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Zum Kapitel der sterilen Ehen, von E. Kosminski-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 15, S. 547.) Ergänzungen eines Frauenarztes zu den Ausführungen Posners. Unterscheidungen dreier Ursachengruppen: 1. Organische Ursachen (Infantilismus, gekennzeichnet durch enge Scheide, muldenförmiger Damm, oft Stenose des äußeren oder inneren Muttermundes; unregelmäßige Menses; Reinheitsgrad 3—4 der Vagina, Lageanomalien, Endometritiden, Myome als Folge der Dysfunktion der Ovarien, Erkrankungen der Tuben und Ovarien). 2. Funktionelle Ursachen (Störungen der Libido und des Orgasmus bei der Frau, Dyspareunie mit sekundärer kleinzystischer Degeneration der Ovarien, chronische Ovariitis infolge dauernden Coitus interruptus). 3. Unklare Ätiologie (keinerlei pathologischer Befund bei den Partnern, „Disharmonie der Keimzellen"). Diagnose im Einzelfalle oft sehr schwierig; Hinweis auf die Tubendurchblasung als Hilfsmittel, bzw. auf die Salpingographie. Therapie je nach dem Befund (Korrektur der Lageveränderungen des Uterus, Dilatation der Zervixstenose, Behandlung des Infantilismus, der Adnexveränderungen, Psychotherapie). Künstliche Befruchtung in Zweifelsfällen, Ablehnung des Nassauerschen Fruktulets. Hinweis, daß die Untersuchung in erster Linie beim Manne einzusetzen habe.

C. L. Karrenberg-Hamburg.

Student und Studentin. Eine historische Betrachtung zur Psychologie der Geschlechter, von O. F. Scheuer-Wien. (Zschr. f. Sexualw., 1927, Bd. 14, H. 2, S. 72

Digitized by Google

bis 84 und H. 3, S. 97—103.) Bei der Neigung weiblicher Personen zum Studium spielten sexuelle Momente mit, trotzdem blieben sexuelle Beziehungen bei der Art der ersten Studentinnen (in Zürich) meist aus, weil diese den Gegensatz gegen den Mann betonten und ihn in Vermännlichung zu übertrumpfen suchten. Später wurde der Typ der Studentinnen ein mehr frauenhafter, der oft auch als „klassischer" bezeichnet wird; ihm folgte der moderne „romantische". Hierbei werden bisweilen die Grenzen einfacher Kameradschaftlichkeit durch Provozierung erotischer Beziehungen überschritten; auch die Nachahmung allgemeiner studentischer Gebräuche wirkt bei diesem Typus oft eigenartig. Die Sonderorganisationen der Studentinnen, ihr Fernbleiben vom Zusammenarbeiten mit der ihnen sympathisch gegenüberstehenden Freistudentenschaft entspringt aus deren Verzicht auf jedwede Erotik. Zur Bildung korporativen Zusammenschlusses zwang die Studentinnen eine gewisse seelische Not. Der Zustand, wie er sich jetzt herausgebildet hat, ist so, daß die männlichen und weiblichen Gruppen sich in „höflicher Ignorierung" gegenüberstehen, da sich die Sexualkomponente nicht ausschalten läßt. E. Levin-Berlin.

De l'éducation sexuelle: ses rapports avec la prophylaxie des maladies vénériennes (Die geschlechtliche Erziehung; ihre Beziehungen zu der Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten), von R. Martial. (Bull. de l'Acad. de Méd., 1927, Bd. 97, Nr. 21, S. 642—645.) Für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten genügen die Schutzmittel nicht, von Bedeutung ist der erzieherische Einfluß, der rechtzeitig auf die Gefahren aufmerksam macht. Die Notwendigkeit dieser Erziehung wurde in einer Versammlung von Männern und Frauen allgemein betont; ihre Ausführung wollte die Mehrzahl der Familie oder anderen Personen übertragen; viel weniger sprachen sich für den Arzt, noch weniger für die Schule aus. Verf. hat Belehrungen in kleinen Familienzirkeln veranstaltet. Jeanselme weist dazu auf die Notwendigkeit hin, bei der Entscheidung der Frage außer persönlichen Umständen die soziale Lage zu berücksichtigen; als geeignetstes Alter erscheint die Zeit kurz vor der Pubertät. E. Levin-Berlin.

Prostitution, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

Zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten und der Prostitution, von F. Falkenburger-Berlin. (Med. Welt, 1927, Jahrg. 1, Nr. 2, S. 60; Nr. 3, S. 96 und Nr. 6, S. 209.) Fortbildungsvortrag aus dem „Seminar für soziale Medizin" des Groß-Berliner-Ärztebundes. Enthält nichts Neues. Vier antike Darstellungen von Syphilitikern bzw. Dirnen. C. L. Karrenberg-Hamburg.

Prostitution und Geschlechtskrankheiten in Japan, von S. Minami-Japan und G. Loewenstein-Berlin. (Mitt. D. Ges. Geschlechtskrkh., 1927, Bd. 25, Nr. 5, S. 41.) Einleitend historische und soziologische Mitteilungen. Die Prostitution hat sich in Japan im Verhältnis zur Vermehrung der Einwohnerzahl nicht vermehrt. Es ist eine allmähliche Abnahme der Prostituierten und Zunahme der Sängerinnen innerhalb der letzten 20 Jahre festzustellen. Die Prostitution in Korea hat sich vermehrt. Die überwachte Prostitution ist an der Verbreitung der venerischen Krankheiten ganz erheblich beteiligt, die konzessionierte Prostituierte ist am häufigsten mit weichem Schanker infiziert. Die Geschlechtskrankheiten unter den Prostituierten nehmen von 1907—1919 langsam ab (25,8—23.1‰). Die Reihenfolge der Häufigkeit ist Tripper, weicher Schanker, Syphilis. Syphilis bei Prostituierten klinisch und serologisch 60—70%, Blennorrhoe 30—50%. Bei heimlichen Prostituierten beträgt die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten das Zehnfache. Als außerordentlich ansteckungsgefährlich muß die Gruppe der Kellnerinnen gelten. In der Gesamtbevölkerung nehmen die Geschlechtskrankheiten 25% aller anderen Krankheiten in Anspruch, Syphilis der Eingeweide nicht mitgerechnet. In den verschiedenen Präfekturen verschiedene Verhältnisse, Gesamtdurchschnitt 42,07 pro 1000. Syphilis bei Frauen häufiger als bei Männern. Korea hat den größten Anteil an Geschlechtskrankheiten im Kindesalter. Am häufigsten befallen sind Bauern und Kaufleute. 3/5 aller der militärpflichtigen Geschlechtskranken leiden an Blennorrhoe, 1/5 an Ulcus molle, 1/5 an Syphilis. Bemerkungen über Prophylaxe und über die 1906 errichtete Japanische Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten schließen die Arbeit. M. Gumpert-Berlin.

Die Geschlechtskrankheiten auf dem Lande, von Serper. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1927, Nr. 7.) Die Arbeit des Vendispensairs in dem 53000 Menschen zählenden Bezirk Konstantinowka ergab in den Jahren 1925 und 1926 in bezug auf das Vorkommen von venerischen Krankheiten folgendes:

Digitized by Google

	im Jahre 1925	im Jahre 1926
Syphilis I	26	15
Syph. II rec.	17	9
Syph. II recid.	46	64
Syph. II lat.	115	126
Syph. III	24	43
Neurolues	10	10
Syph. heredit.	11	7
Urethr. blennorrh. acut.	123	217
Urethr. blennorrh. chron.	211	179
Ulc. molle	11	9

A. Jordan-Moskau.

Ergebnis der Untersuchung auf Syphilis der Bewohner von 5 Dörfern des Bezirks Proskurowo, von S. Grünberg. (Prophylaktitscheskaja Medicina, 1927, Nr. 7.) Unter 7965 Bewohnern dieser 5 Dörfer, was 92% aller Bewohner derselben ausmacht, welche in bezug auf das Vorkommen von Syphilis untersucht wurden, fanden sich 101 Fälle von Syphilis, wobei es sich handelte um:

Syphilis I in	1 Fall
„ II rec. in	4 Fällen
„ II recid. in	6 „
„ III in	24 „
„ hereditaria in	6 „
Neurolues in	1 Fall
S. latens in	59 Fällen
	101 Fälle.

A. Jordan-Moskau.

Rechte und Pflichten des Arztes nach dem Gesetz über Geschlechtskrankheiten, von J. Jadassohn-Breslau. (Zschr. f. ärztl. Fortbild., 1927, Nr. 17, S. 558.)

Die gesetzliche Neuregelung der Prostitutionsfrage, von R. Breitschwerdt-Stuttgart. (M. m. W., 1927, Nr. 25, S. 1063.) Nach dem Gesetz vom 18. II. 1927 fällt die Reglementierung, und die Gewerbsunzucht ist künftig grundsätzlich kontroll- und straffrei. Unterhaltung eines Bordells oder eines bordellartigen Betriebes wird als Kuppelei bestraft. Wohnungsbeschränkung (Kasernierung) ist verboten. Bestraft wird, und zwar Mann und Frau gleichmäßig, „wer öffentlich in einer Sitte und Anstand verletzenden oder andere belästigenden Weise zur Unzucht auffordert oder sich dazu anbietet". In sanitärer Beziehung greift das Zwangsheilverfahren ein.

M. Cohn-Dresden.

Erfahrungen aus einer Eheberatungsstelle, von Raecke-Frankfurt a. M. (Kl. W., 1927, Nr. 10, S. 463.) Die Hauptaufgaben einer guten Eheberatung sind Feststellung der Erblichkeitsverhältnisse der Ehebewerber, genaue somatische und psychische Untersuchung und Feststellung bzw. Ausschließen von Geschlechtskrankheiten, sexuellen Triebanomalien usw. Besonders schwer ist es, Daten für die Erblichkeitsforschung zu erhalten, aber auch bei den übrigen Untersuchungen stellen sich große Schwierigkeiten entgegen. Wichtig ist es, daß überhaupt der Gedanke in das Volk getragen wird, daß vor Eingehen einer Ehe eine gründliche Beratung und Untersuchung der Ehebewerber notwendig ist.

E. Langer-Berlin.

Tagesgeschichtliche Nachrichten

Prof. Mulzer wurde zum ersten, Prof. Delbanco zum zweiten Vorsitzenden der Dermatologischen Gesellschaft von Hamburg-Altona gewählt. R.

Nachdruck (auch des Abschnittes „Tagesg. Nachr.") ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt

Verantwortlich für die Redaktion: für Originalabhandlungen und T. N.: Prof. Dr. J. H. Rille Leipzig. Für den Referatenteil: Dr. M. Unna, Hamburg-Bergedorf

Digitized by Google

Sachverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abderhaldensche Abbauvorgänge bei Haut- und Geschlechtskrankheiten, Rink 1372.
Acanthosis nigricans, Ostwald 1564.
— — Pehur u. Tscherkes 1265.
— — Hautdrüsen bei, Hamdi u. Reschad 1067.
Acne conglobata, Lilienstein 1175.
— — Beziehungen der Tuberkulose und Syphilis zur, Oppenheim u. Klaar 1596.
— decalvans, Jung 999.
— indurata, Fuhs 1151.
— necrotica, Ullmann 1118.
*— urticata polycythaemica, Mestschanski 1350.
— und Tuberkulose, Ramel 1503.
Acnebazillus, Ketron 1365.
Acrocalcinosis cutis, Habermann 1176.
Acrodermatitis atrophicans, Adler 1261.
— — Buschke 1563.
— — Unna jr. 957.
— continua, Autovakzine, Oltramare, Golay u. Starobinsky 1366.
— und Sklerodermie, Hoeft 958.
Acroerythrodermie, Marchisio 1096.
Adenoma sebaceum, Pautrier, Roederer u. Lévy 1329.
Adenome des Gaumens, Wigley 1264.
Adiposcleronecrosis neonatorum, Nakagawa 1473.
Affenhoden auf den Menschen verpflanzt, Retterer 1186.
Akridingelb, Behandlung mit, Barrio de Medina 1397.
Akridinotherapie, Marcozzi 1092, 1095.
Akrodynie, Tehu u. Ardisson 1067.
— im Kindesalter, Bézy 1659.
— — — Debré u. Petot 1666.
Aktinomykose der Bauchwand, Vigne u. Lauzun 1300.
— der Zervikalgegend, Hudelo, Montlaur u. Mornet 1209.
— Yatren bei, Hünermann 1375.
— Radiumbehandlung der, Heyerdahl 1626.
Aleurisma, neuer Hautpilz, Grigoraki 1694.
Alkohol, parenterale Behandlung, Spiethoff 1464.
Alkoholtherapie, parenterale, Spiethoff 1567.
Allergenfreie Kammer, Rost 1504.
Allergie bei Impfmykosen, Jadassohn 1598.
Alopecia areata, Fischer 1261.
— gradus, Aramaki 961.
— pityrodes, Joseph 1071.
Alopezie, atrophisierende, Bertaccini 1091.
Altern, pathologisches, Pribram 1272.
Altersprozeß, biologische Methoden gegen den, Steinach 976.
Amöbenruhr s. Syphilis.
*Amyloidosis der Haut, lokale, Gutmann 1223.
— lokale, Gutmann 1283.
Anaphylaxieübertragung, Maignon 1017.
Anetodermie, Buschke 1563.
Angina Vincentii, Seife bei, Reasoner u. Gill 1672.
Angiokeratom, Fuhs 1363.
Angiom, geschwulstartiges, Lotte 1535.
— mit Phlebolithen, Kumer 1363.
— ulzeriertes, im Gesicht, Milian u. Delarue 1006.
Angioma serpiginosum, Weber 1656.
Angioneurosis, seltene Fälle, Trojetzki 1627.
Angioneurotische exsudative Diathese, Akmann 1546.
Anilinvergiftung, Zystoskopie der Strangurie bei, Scheele u. Stolze 964.
Antigen, Beziehungen der Haut zum heterogenetischen, Frei u. Grünmandel 1501.
Antikörper, komplementbindende, gegen Fettstoffe, Wolf 1215.
Antipyrinausschläge, Lortat-Jacob u. Legrain 1299.
Antivirus von Besredka, Weichardt 1544.
— — — Lange 1215.
— Studien über, Lehndorff u. Brumlik 1544.
Anthrax, Behandlung, Promptow 1305.
— Neosalvarsanbehandlung des, Krassowitow 1663.

Digitized by Google

Anurie, Experimentelles zur reflektorischen, Lichtenstern 965.
— Therapie der reflektorischen, Haslinger 964.
Aphthen, Ullmann 1361.
— an den kleinen Schamlippen, Onderka 1653.
Aphthenvirus beim Meerschweinchen, Alberca 1671.
— Kultur des, Belin 1671.
Arsen, Wirkung auf Samenkanälchen, Kostitch u. Verbitzki 1186.
Arsensarkom, Carrel 1336.
Arsenverbindungen, organische, Ewins u. Everett 1654.
Arsenvergiftung, Natriumthiosulfat bei, Haag u. Bond 1273.
Arzneiexanthem als unspezifischer Heilfaktor, Westphalen 1567.
Asthma bronchiale, Hautimpfungen bei, Klewitz u. Wigand 1018.
Atrophie der Haut durch endokrine Störung, Briskin 1467.
— — — mit Lipomen, Simon 1369.
Augenerkrankung durch Vakzine, Delord u. Villard 1376.
Augensalbe, gelbe, heilt Pruritus ani, Lubowski 1568.
Auligen, Dörner 1279.
Aurophos, Axmann 1076.
Azotobakter, Fujita 1124.

Bacterium coli commune des weiblichen Geschlechtsapparates, Popow 1784.
Bäckerekzem, Stern 1572.
— Entstehung des, Stern 1595.
Bäderkalender, Weissbein 1272.
Bäuerliche Liebe, Grassl 1012.
Bakterien, menschenpathologische des Kaninchens, Dold 1215.
Bakteriologie, Lehmann 1402.
Balanoposthitis, Ätiologie, Cirillo 1096.
— erosive und gangränöse, Palmer-Louisville 1268.
Bartholinitis, chronische, Lapschin 1538.
Bauch- und Blasenspalte, Sternberg 1691.
Beriberi, Hauterscheinungen, Heinemann 1093.
Bestrahlung, äußere, Dautwitz 1038.
— intrakorporale, Halberstädter 1037.
Bestrahlungstherapie, Grundsätzliches über, Bach 1603.
Bilharzia der Blase, Panayotaton 1690.
Biochemische Untersuchungen s. Hautkrankheiten.
Biotropismus, Milian 1474.
Blase s. Harnblase.
*Blasige Hauteruptionen s. Neurogene.
Blastomykose, Buschke 1020.
*— Busse-Buschke, Grschebin 1049.
— Immunitätserscheinungen, Ramel 1072.
Blastomykose, Wirkung des Gentianavioletts auf, Sanderson u. Smith 1688.
Bleivergiftung, Blut, Fujita 1428.
Blepharochalasis, Urbach 1326.
Blutgruppenuntersuchung, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Klövekorn u. Simon 1266.
Blutgruppenuntersuchungen bei Hautkrankheiten, Poehlmann 1501.
Blutkrankheiten, Hauterscheinungen bei, Gans 1474.
Blutmineralstoffe, Jansen u. Loew 1016.
Boecksches Sarkoid, Gray u. Goldsmith 1657.
Botryomykose, Brinitzer 958.
Bowensche Krankheit, Popoff 1003.
— — Walter 1463.
— — drei Fälle, Godinho 1596.
Bromexanthem, Lipp 1530.
— Oppenheim 1529.
Bromoderma, Cappelli 1091.
— vegetans, Jeanselme u. Burnier 1005.
— tuberosum, Frühwald 1653.
— — Klopstock 1564.
— — et vegetans, Stein 1530.
Bromvergiftung, Wile 1567.
Bronchialspirochätose, Mironesko 1277.
Bronchien, Kontrastfüllung mit Lipiojodol, Lorey 1036.
Bronchitis durch Spirochäten, Visher 1539.
Brüning-Lerichesche Operation, Kment 1569.
Brunst der Maus, Wirkung von Metallsalzen auf die, Buschke u. Bermann 1273.
Brunstablauf beim Nager, Loewe u. Lange 1785.
Brustdrüse, hormonale Wachstumsantriebe, Ernst 1214.
Brustwarze, vasokonstriktorische Neurose der weiblichen, Warnecke 1018.
*Bubonen, klimatische, Schreus 1315.
*Buckysche Weichstrahlen, Wirkung auf Kaninchenniere, Stern 1242.
*Bukkoblätter, zur Kenntnis, Deussen 1745.
*Bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen, Siemens 1577.
— Erkrankung in Strandbädern, Hartmann u. Briel 1094.

$CaCl_2$ bei Hautkrankheiten, Okulow 1040.
Calcinosis universalis, Masuda 1472.
Cancer en cuirasse, Arzt 1363.
Chemie der kranken Haut, Urbach 1501.
Chinin und Bijochinol, Exantheme nach, Mgebrow u. Oretschkin 1572.
Chloracne, Teleky 1041.
Chlorkalzium bei Hautkrankheiten, Kwiatkowski 1183.
Chromgeschwüre, Chodorow u. Faingold 1206.

Digitized by Google

*Cignolin bei entzündlichen Dermatosen, Lüth 1387.
Colliculus seminalis im Zystoskop, Moro 1425.
Colloid-Milium, Davies 1264.
Condyloma acuminatum, Röntgentherapie, Tashiro 1431.
Cornu cutaneum, Westfalen 1177.
Corpus luteum, spezifische Wirkung auf den Genitaltraktus, Champy u. Gley 1784.
Creeping Disease, Cazenave 1125.
Curietherapie der Karzinome, Schürch 1626.
Cylotropin bei Enuresis, Rotthaus 1781.

Dampfbrennerbehandlung, Semon 961.
— Soutter 961.
Dariersche Krankheit, Freund 1361.
— — Popoff 1003.
— — Ätiologie, Stümpke u. Feuerhake 1598.
Darmparasiten auf den Trukinseln, Matsunaga 1430.
Dekubitalgeschwüre am Nabel, Onderka 1652.
Dermatitis arteficialis, Spitzer 1152.
Dermatitis chronica atrophicans, Glasser u. Ullmo 1330.
— — — Pautrier u. Weill 1330.
— — — Nervenveränderung, Pautrier u. Diss 1331.
— durch Giftkäfer, Wada 961.
— — Pelzbesatz, Karrenberg 958.
— Duhring bei einem Säugling, Liota 1154.
— exfoliativa, Tullis 1661.
— — chronica, Bruck 1175.
— exogene, O'Donovan 1571.
— herpetiformis, Fischel 1564.
— — Hynie 1366.
— — Jung 999.
— — Lilienstein 956.
— — erythemato-vesiculosa, Kistiakowsky 1753.
— — im Kindesalter, Petroff 1466.
— — Jodkaliüberempfindlichkeit, Klepper 1368.
— — Kasuistik, Beizach 1538.
— nodularis necrotica, Bruck 1175.
— Tabaks-, Karrenberg 958.
Dermatographie, Bettmann 1501.
Dermatologie, Entwicklung, du Bois 1480.
— Serotherapie in der, Bloch 1303.
— 1926, Milian u. Brodier 1013.
Dermatologische Gesellschaften in Nordamerika 1604.
Dermatomykose infolge Monilia, MacLeod 1657.
Dermatomykosen in Formosa, Hasegawa 1472.
— Therapie, Mitchell 1693.
Dermatomyositis, Milmann u. Umanski 1265.
Dermatophytosis, Williams 1180.
Dermatosen des Kindesalters, Behandlung der, Vollmer 1274.
— Glykämie bei, Raymond, Lacroix u. Hadida 958.
*Dermoelastometrie, Schmidt-Labaume 1217, 1501.
Dermographismus und Sonnenbäder, Broderson 1275.
Dermotubin-Loewenstein bei Kindertuberkulose, Nüssel 1716.
Desitinsalbe, Baer 1040.
— Jacob 1568.
Dyskeratose, Kogoj 1658.
Diabetes und Hautkrankheiten, Fabry 1665.
— — prädiabetische Zustände, Maranon 1009.
— Hauterscheinungen, Lichtbehandlung, Rothman 1066.
Diagnose der Eineiigkeit der Zwillinge, Wagner 1542.
— Fall zur, Buschke 1259.
— — — Eichhorn 1651.
— — — Habermann u. Kutsch 1176.
— — — Hahn 956.
— — — Hoeft 958, 1178.
— — — Ledermann 1564.
— — — Unna jr. 958.
Diathermie urologischer Erkrankungen, Fuchs 1770.
Dicksche Reaktion, Zeitweiliges Verschwinden, Debré, Lamy u. Bonnet 1695.
Dijozol, Antiseptikum und Desodorans, Huellen 1568.
Diphtherie der Harnröhre, Saynisch u. Goergen 1714.
— — Haut, Biberstein 1632.
Doramad, Hautschädigung, Wolfenstein 1046.
Duhringsche Krankheit, Milian u. Delarue 1210.
— — gangränöse, Milian u. Delarue 1207.
Dyshidrosis, echte, Alexander 1093.
Dystrophien bei fehlender Ausbildung des Kreuz- und Steißbeins, Potel u. Dauhiez 962.
Dystrophia mediana der Nägel, Heller 1564.

Eau de Cologne, Dermatitis nach, Langer 1563.
Ehe, Physiologie, Marcuse 1402.
Eheberatungsstelle, Erfahrungen einer, Raecke 1788.
Ehen, sterile, Kosminski 1786.
— — Posner 1786.
Eherecht und Arzt, Heller 1600.
Eichel, Ulzeration, Müller 1652.
Eichstandgerät, Göttinger, Küstner 1046.
Eigenblut in der Dermatologie und Venerologie, Sakrepa 1567.

Digitized by Google

Eigenbluttherapie, Hoffheinz 1040.
Eineier, Erbanlagen, Leven 1212, 1380.
Ektebinreaktion, Verwertbarkeit, Glaser 1716.
Ekzem, allergisches, Urbach 1150.
— — Desensibilisierung, Urbach 1531.
*— Behandlung des akuten und chronischen, Lucke 1493.
— — diätetische, Maruyama 960.
— Bromnatriuminjektionen, Senin 1279.
*— Chronex bei, Nowak 1105.
— chronisches, Schubert 999.
— der Brüste infolge Abdrückens der Milch, Frühwald 1653.
— der Kinder, Statistik, Moriyama 961.
— — — Therapie, Dembo u. Fisher 1064.
— Desensibilisation mit Röntgenstrahlen, Miescher 1093.
— endogene Reizursachen für, Burgess 1688.
— gewerbliches, Chajes 1258.
— Indikanämie und Nierenfunktion bei, Bussalai 1154.
— Kontrolle nach, Burnett 1263.
— prädisponierende Faktoren, Beinhauer 1475.
— seborrhoisches, Ruete 999.
— — Alopezie infolge, Smitt 1652.
— Überempfindlichkeit, Tachau 1632.
— verruköses, Polacek 1529.
Ekzemfrage, Krzystalowicz 1009.
*Elastika, geschwulstähnliche Bildung, Schallinger 1509.
Elastisches Gewebe, tumorartige Veränderungen, Schallinger 1504.
Elektrische Therapie und Diathermie, Cumberbatch 1627.
Elektrizität, Spurenkunde, Jellinek 1127.
Elektrolyte, Bedeutung für Pathologie und Therapie, Zondek 1755.
Elektrolyten des Blutes aus entzündlichem Gewebe, Tutkewitsch 1547.
Elephantiasis mit Hyperkeratosen, Westphalen 1177.
— penis, Riehl jun. 1152.
— scroti, Nägelsbach 1477.
— und Lupus vulgaris, Post 999.
— vulvae, Milian u. Delarue 1535.
Encephalitis herpetica, refraktäre Tiere, Remlinger u. Bailly 1630.
*Endgefäßerweiterungen, erworbene, Rabinowitsch u. Unikel 984.
Endokrine Bedingtheit der Konstitution, Biedl 1016.
— Präparate, Pharmakologische Gesichtspunkte bei, Ehrismann 1569.
Endotheliom bei einem Kinde, Lloyd 1401.
Entzündung, chemisch bedingte, an Mäusen, Glass u. Krüger 1216.
— Kationenwirkung bei, Schück 1547.
Entzündungen, Behandlung durch Entzündungsprodukte, Makai 1273.
— eitrige, Behandlung, Schmidt 1040.
Entzündungsbegriff, Alpern u. Tutkewitsch 1547.
Entzündungsbestrahlung, experimentelle Untersuchungen zur, Mittermaier 1623.
Epidermis und Hautwasserabgabe, Moog 1013.
Epidermolysis bullosa hereditaria, Fuhs 1370.
— — — Lilienstein 1175.
— — non hereditaria non bullosa, Smith 1009.
Epidermophytie, Karrenberg 1179.
— als Gewerbekrankheit, Blaisdell 1690.
Epidermophyton Kaufmann-Wolff, Allgemeinexanthem, Karrenberg 1189.
Epidermophytosis im Laboratorium, Weidman 1180.
*Epididymitis, idiopathische, Litwak 1085.
Epilationsbestrahlung, Kopfhalter, Buschke u. Langer 1470.
— — Zurhelle 1470.
*Epilationsnadel, neue, Mezei 1107.
Epithelbewegung im Auto- und Homoplasma, Ishikawa u. Asai 1428.
Epitheliom, Müller 1651.
— am linken Augenwinkel, Smitt 1652.
— am Nasenflügel, Smitt 1652.
— Behandlung mit Thermokauter, Périn 1690.
— der Schläfe, Smitt 1652.
— flaches, Fuss 1368.
— Heilung durch die Methode von Bordier, Marquès 1626.
*— im jugendlichen Alter, Follmann 940.
— kaltkaustisch behandelt, Laurentier 1125.
— Schleimzellen-, der Glutäalhaut, Schulmann u. Kitchevatz 959.
— umfangreiches, Milian u. Lenormand 1534.
Epithelioma adenoides cysticum, Habermann 957.
— — — Maschkilleisson 1467.
— — — Paul u. Inglis 1262.
— — — der Naso-Labialfurche, Dowling 1264.
Epitheliome, John 1652.
— Spieglersche, Fuss 999.
Epithelwucherungen bei durch Kieselgur hervorgerufener Entzündung, Garschin 1335.
Erblichkeitslehre, Baur, Fischer u. Lenz 1270.
Erblichkeitsproblem bei eineiigen Zwillingen, Siemens 1014.
Erfrierung, Nagelveränderungen, Sachs 1361.

Digitized by Google

Erysipel, Behandlung mit Besredkaschem Filtrat, Kistjakowski 1305.
— Immunisierung mit Toxin von Streptococcus erysipelatis, Birkhaug 1663.
— Lichtbehandlung, Böhmer 1497.
— Milchbehandlung bei, Szenti 1663.
— nach Gasbrand, Marcuse 1663.
— Scharlachheilserum bei, Ben Schabetai 1662.
— schwimmhosenartig, Frühwald 1653.
— Therapie, Tobeitz 1662.
— Wert örtlicher Immunität, Picard 1662.
Erythem der Beine, Kaufmann u. McIntosch 1047.
— nach Veronal, Milian u. Lenormand 1005.
— skarlatiniformes, Graham Little 1264.
— toxisches, Kren 1360.
*Erythem- und Pigmentbildung, Gesetzmäßigkeiten bei, Stahl u. Simsch 1701.
Erythema annulare centrifugum, Jeanselme u. Burnier 1536.
— — — Worobjeff u. Ushanski 1265.
— — — squamosum, Schtamowa 1753.
*— — — Untersuchung nach Abderhalden, Richter 1549.
— elevatum diutinum, Goldsmith 962.
— induratum, Buchbinder 1177.
— — Forster 1369.
— — Weber 1333.
— — und frostähnliche Befunde, Parkes Weber 961.
*— multiforme, bisher nicht beschriebenes Reizphänomen, Perutz 1481.
— — bullosum, Frühwald 1653.
— — — bei Tuberkulose und Syphilis, Gauvain 1692.
— — geheilt nach Tonsillektomie, Stein 1327.
*— — großknotiges, Samek 1409.
— — haemorrhagicum, Unikel 1204.
— — mit urtikariellen Erscheinungen, Lanzenberg 1367.
— nodosum, Walker 1332.
— — Beziehungen zur Tuberkulose, Massini 1630.
— — Natur des, Schulmann 1208.
— perstans mit ischämischer Zirkulationsstörung, Parkes Weber 1264.
Erythematöse Eruption, persistierende, Thomson 1657.
Erythemdosis bei Bestrahlung mit zwei Strahlenqualitäten, Quimba 1625.
Erythrämie, Hautveränderungen, Gans 1066.
Erythrozyanose der Malleolen, Pautrier u. Lévy 1331.
*Erythrocyanosis crurum puellarum, v. Karwowski 1161.
— — — Ullmann 1326.
Erythrodermie congénitale ichthyosiforme, Westphalen 1177.
*Erythrodermie, primäre akute, Behdjet 1480.
— sekundäre, exfoliierende, Höft 1179.
— vesikulös-ödematöse, Milian u. Lenormand 1535.
Erythromelalgie, Drake 1656.
Erythromelie mit Leukoplazie, Zimmern, Gougerot, Huet u. Merklen 1298.
Essentielle Teleangiektasien, Wertheim 1531.
Espundia in Peru, Weiss 1664.
Esthiomène vulvae, Lwoff u. Plotkina 1468.
Eunuchoidismus, verschiedene Formen, Galant 1477.
Exanthema subitum, Rosentul u. Chlebnikoff 1121.
Exantheme, akute, Diagnostik und Behandlung, Rolleston 1375.
Exstrophia vesicae, Sternberg 973.

Farbfilterzystoskopie, Ottow 1772.
Favide und Leukoderma favicum, Habermann u. Dahmen 1266.
Favus, Frühwald 1652.
— Achorion aus dem Blute von, Ambrosoli 1373.
— generalisierter, Donato 1506.
— und Einwanderung, Jeanselme u. Joannou 1375.
Fermente der Haut, Melczer 1267.
— Wohlgemuth 1267.
Fibrillen, Struktur und Wachstum, Nageotte 1507.
Fibröse Geschwülste der Fingerstreckseiten, Sonntag 1307.
Fieber, nach intravenöser Injektion, Seibert 1274.
— welche Substanzen erzeugen, Donath u. Heilig 1274.
Filariakrätze, Montpellier 1464.
Filterung, wirksame und ökonomische, Erskine 1622.
Finsenbehandlung, neue Lampe, Lomholt 1497.
Fissan-Fabrikate in der Dermatologie, Hirsch 1613.
*Fliegenmaden als Wundenschmarotzer, Kislitschenko u. Baranoff 1169.
Flimmerepithelien, Wirkung, einige Farbstoffe, Ishikawa und Umeda 1123.
Folliculitis abscedens et suffodiens, Joseph 1564.
— decalvans, Joseph 1564.
— — Mac Cormac 1657.
Follikulin, Verteilung im Organismus, Brouha u. Simonnet 1785.
Formalin, Veränderungen der Haut, Kopytowski 1181.
Fortpflanzung, Hygiene der, Grothjahn 1269.

Digitized by Google

Fox-Fordycesche Krankheit, Goodman 1092.
— — — Jung 1002.
— — — Laurentier 1211.
Framboësie, experimentelle, Ikegami 1664.
— Immunität, Ikegami 1428.
— Neotrepol, Matsunaga 1431.
— Ostitis deformans, Matsunaga 1429.
— Reinfektion, Ikegami 1431.
Frauenbiologie, jüdische, Weissenberg 1507.
Frauenüberschuß, Burgdörfer 1188.
Frostbeulen sind Verbrennungen durch strahlende Wärme, Leduc 1278.
*Fuchsin-Sublimat-Reaktion nach Takata-Ara, Marquardt 1483.
Funktionsprüfung innerer Organe, Bernhardt, Graessner, Grote, Lepehne, Magnus, Platz, van der Reis, Rosenberg u. Weber 1009.
Furunkel der Oberlippe, Behandlung, Sénèque 1662.
— Ohr-, Ionisation bei, Mc Auliffe 1065.
— Schnellheilung, Kuhn 1065.
Furunkelbehandlung durch Kauterisation, Schüle 1568.
Furunkulose, Behandlung, Lotsch 1662.

Galvanisierung, intrakutane, Bruns u. Vollmer 1508.
Gangrän- Bazillus, Milian und Delarue 1299.
— des Präputiums, Ghigi 1097.
— spontane, Behandlung, Kedrow 1629.
— — des Unterarmes, Oberndorfer 1629.
— trockene, Louste, Thibaut, Cahen u. Vanbockstael 1210.
Gaswechselgrundumsatz bei Hauterkrankungen, Voelcker 955.
Gefäßendothel, eigenartige Reaktion, Henschen 1272.
Gefäßinnervation, Brüning 1213.
Genitalinfektion, nichtvenerische, Baker 1770.
Genitaltuberkulose, Röntgenbehandlung, Wesseling 1044.
Genitalverletzungen sub coitu, Bakscht 1783.
Geschlechtliche Erziehung, Martial 1787.
— Handlungen, Strafbestimmungen 1756.
Geschlechtskrankheiten, ansteckende und nichtansteckende —, Callomon 966.
— auf dem Dorfe, Fraenkel 1013.
— — — Lande, Serper 1787.
— — — — Bekämpfung, Schein-Vogel 1480.
— — — — Registrierung, Horoschin 1480.
— Bekämpfung der —, Carry 964.
— — durch die neueste Gesetzgebung, Posener 966.
Geschlechtskrankheiten, Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung, zum Jubiläum, Bronner 1754.
— — — — — der, 1700.
— Diagnose und Behandlung, Lees 1185.
— Gesetz zur Bekämpfung, Elwert 1480.
*— — — — Hanauer 1108.
— — — — Struve 1459.
— — — — Bedeutung, Breitschwerdt 1480.
— in der Burjato-Mongolei, Saks u. Iljin 1755.
— — — Marine, Ruge 1127.
— — — Tatarischen Republik, Golosowker 1122.
— — Deutsch-Ostafrika, Hauer 1480.
— — Japan, Minami u. Loewenstein 1787.
— — ländlichen Bezirken, Choroschin 1206.
— — Moskau, Weißenberg 1013.
— Pflichten des Arztes, Jadassohn 1788.
— Rückgang der, Haustein 1296.
— zur Geschichte, Falkenburger 1787.
Geschlechtsleben, Chinesisches, Hartmann 1479.
— der männlichen Jugend in Odessa, Motornow u. Kalsada 1205.
— — zeitgenössischen Jugend, Geft 1538.
— des Bauern, Klebanow 1479.
Geschlechtssitten s. bäuerliche Liebe.
Geschlechtswechsel bei Hühnern, Pézard u. Caridroit 1477.
Geschwülste bei Teertieren, Bonne 1668.
Geschwüre der weiblichen Genitalien, nicht venerische, Flarer 1506.
Geschwulstzelle, Entwicklung der, Fischer 1547.
Gesichtsödem nach spezifischer Behandlung, Gaté 1003.
Gesichtsgeschwulst, Chatellier 1300.
Gesichtsspannung, Kosmetische, Stein 1504.
Gewebezüchtung, Plasmaobjektträger für, Mitsuhashi 1124.
Gewerbedermatitis, Buschke 1563.
Gitterfasern bei Epitheliom, Way 1475.
Glossitis exfoliativa, Buchbinder 1177.
Glykämie s. Dermatosen.
Goldpräparate bei der Hauttuberkulose, Agronik, Maschkilleison u. Jukelis 1754.
— Wirkung im infizierten Tier, Feldt 1569.

Gonorrhoe

1. Allgemeines

Experimenteller Tripper, Petschnikoff u. Zelistschewa 1121.
Gonorrhöe, Harriton 1654.
Gonorrhoediagnostik, vergleichende Untersuchungen, Temesváry 1766.

Digitized by Google

Infektion, Biologische Proben, Lanteri 1096.
Soziale Faktoren bei Entwicklung der Gonorrhoe, Toptschan 1212.
Statistik des Trippers, Kobayashi u. Yokoyama 1123.
Tripper, eine Allgemeinerkrankung? Perrin 1751.

2. Ätiologie und Serologie der Gonorrhoe

Alkohol-Kalilaugeantigen bei Seroreaktion des Trippers, Jausion, Meersseman u. Pecker 1435.
*Allergische Hautreaktionen bei Gonorrhoe, Rayka 1138.
Bindungsreaktion bei Gelenkprozessen, Mondor u. Urbain 1158.
Gonokokken bei chronischer Gonorrhoe, Waschkewitsch 1467.
— Degenerationsformen, Dietel 1398.
*— -Dauerkulturen, Krantz 1252.
*Gonokokken- und Streptobazillenfärbung, Neue Methode zur, Kartamischew 995.
Gonokokkus, latenter, Durupt u. Noguès 1426.
Gonoreaktion, Jausion, Meersseman u. Pecker 1435.
Kaninchen, experimentelle Blennorrhoe, Kalinin u. Fahlberg 1436.
*Serologie, zur Kenntnis, Kadisch 1029.
Spermakultur zur Gonorrhoediagnose, Brodski u. Leiter 1002.
Versuchstiere, gonorrhoische Infektion, Partsch 1436.
— — — bei, Schrader 1766.

3. Pathologie und Klinik der Gonorrhoe

Akzessorische Gänge des Penis und Skrotum. Schönhof 1370.
— — isolierter, Unna jun. 955.
Arthritis gonorrhoica bei Kindern, Cooperman 1767.
— — — Säuglingen, Günsberg 1767.
Blutbilder bei Gonorrhoe, Matzdorff 1767.
Cowperitis acuta, Schwarzmann 1002.
Gelenkentzündung, gonorrhoische, diagnostische und therapeutische Bemerkungen, Partsch 1768.
Geschlechtsdrüsen, konstitutionelle Faktoren der gonorrhoischen Entzündung, Schischow u. Saksin 1423.
Gonokokkenarthritis, Schwab 972.
Gonorrhoe bei kleinen Mädchen, Arijewitsch 1598.
— der Frau, Watson 1007.
— des Weibes, Franz 1302.
— und Komplikationen bei Frauen, Dorsey 1008.
Hodenfistel, blennorrhoische, Delling 1652.
Infundibulitis, Cuccia 1094.
Keratose, gonorrhoische, Buschke 1259.
— — Millis 1690.
Knochen- und Gelenkinfektionen, blennorrhoische, Cowen 1691.
Komplikationen des Trippers, Ursachen Lewant u. Mkrtjitschantz 1767.
Ophthalmoblennorrhoe, intrauterin erworbene, Pohl 1768.
Periostitis der Ulna, gonorrhoische, Frühwald 1652.
Polyarthritis im Anschluß an Exenteratio oculi bei Conjunctivitis blennorrhoica, Möller 1768.
Rheumatismus und gonorrhoische Septikämie, Antigonokokkenserum, Ravaut u. Ducourtioux 1473.
Sepsis, gonorrhoische, Buschke 1563.
Weiblicher Genitalapparat, Gonorrhoe, Walther 1714.
Zervikale Gonorrhoe, Gonotestreaktion, Heyn 1767.

4. Therapie der Gonorrhoe

Antigonokokkenserum bei gon. Rheumatismus und Septikämie, Ravaut u. Ducourtioux 973.
Arsenobenzol, intraurethrale Behandlung, Mouradian 1537.
Arthritis gonorrhoica, Röntgentherapie, Schulte 1477.
Autohämotherapie und Kollargolbehandlung der Epididymitis, Epstein 1159.
Autovakzine aus Bakteriengemisch, Castellino 1374.
Balsamika bei akuter Gonorrhoe, Kapp 1769.
Biologische Behandlung der Gonorrhoe, Porosz 1692.
Chloramin bei weiblicher Gonorrhoe, Bogad 1159.
Eigenblut und Kollargol bei Epididymitis gonorrhoica, Epstein 973.
*Farbstoffbehandlung, Kiene u. Obermayer 1197.
Funikulitiden, gonorrhoische, chirurgische Behandlung, Gurewitsch 1769.
Glykoseinjektionen, intravenöse, bei Gonorrhoe, Minder 1425.
Gonacrin bei Tripper, Adelmann 1751.
Gonakrin, intravenös, Trifu 1476.
— unangenehme Zufälle, Melum 1537.
Gonakrineeinspritzungen bei Gonorrhoe, Synghellakis 964.
Gonokokkenhaltige Bouillonfiltrate, Anwendung, Chassin u. Silajenkoff 1467.
Gonokokkenphlebitis der Vena saphena, Kitchevatz 1536.
Gonokokkenvakzine, Durdello 1366.
— Lambkin 1654.
— Spezifität, Porudominsky 1744.

Digitized by Google

Gonorrhoe, männliche, Fehler bei Injektionsbehandlung, Glingar 1476.
Gonorrhoebehandlungsmethoden, neue, David 973.
Gono-Yatreninjektionen, Todesfall bei, Hoffmann 1159.
Grundsätze der Gonorrhoebehandlung, Balog 1423.
Heilpulverbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, Stern 1159.
Heilungsproben, neue, Marselos 1426.
Immuntherapie bei gonorrhoischen Komplikationen, Mkrtitschjanz u. Chasanoff 1754.
Instrumentarium zur Behandlung der Gonorrhoe Boesmann u. Schwahn 1769.
*Intradermalreaktion, Ossipowa 1059.
Kolibazillen- und Gonokokkeninfektion, Chemotherapie bei, Barbellion 1159.
Kurettement der tripperkranken Gebärmutter, Audry u. Vieu 1537.
Malaria und Saprovitan, Behandlung der Gonorrhoe mit, Spiethoff 1476.
Natrium-salicylicum-Injektionen bei Gonorrhoe, Sachs 964.
Neo-Reargon bei Tripper, Gronner 1769.
Ozonothermie, Marcel 1715.
Pilokarpin-Trypaflavin bei Gonorrhoe. Jausion u. Pecker 972.
Prinzipien der Tripperbehandlung, Saigraeff 1121.
Prostatotomie bei Urinverhaltung akuter blennorrhoischer Prostatitiden, Casariego 1751.
*Quellstäbchenbehandlung der weiblichen Gonorrhoe, Lippert 1088.
Reargon, Steinbildung nach, Mühlpfordt 1436.
Rohrzuckerlösung in Verbindung mit Silberpräparaten bei Urethritis, Pierangeli 1155.
Schwefeltherapie, parenterale bei gonorrhoischen Komplikationen, Radó 1542.
Urethritis, Immunisierung durch Antivirus, Barbilian, Voscoboinic u. Franke 1476.
Transargan, Erfahrungen mit, Müller 1769.
Trypaflavin bei männlicher Gonorrhoe, Freund 1532.
Urethralgonorrhoe, männliche, Abortivbehandlung, Lippmann 1768.
Uvalysat Bürger bei Gonorrhoe, Polland 972.
Vakzine bei Frauen-Gonorrhoe, Obermayer 1769.
Vakzinetherapie. Petschnikoff 1121.
Vulvovaginitis bei Kindern, Besredkasches Filtrat einer Gonokokkenkultur, Greibo 1538.
*— kindliche, Druckdauerspülapparat bei, Stolzenberg 1255.
Weibliche Gonorrhoe, Diagnose, Neufeld 1158.

Gramsche Färbung, Theorie, Kalina 1542.
Granulom der Oberlippe, Kohlenberger 1000.
Granuloma anulare, Kumer 1328.
— — Westphalen 958.
*— — Klinik und Histologie, Selisky 1710.
— — und Tuberkulide, Sobolew 1466.
— inguinale, Brooke-Bland 1267.
— — Sargent 1435.
— — Sidlick 1401.
— senile, Kreibich 1502.
— venereum, Manson-Bahr u. Anderson 1654.
— — und Lymphogranulomatosis inguinalis, Favre 972.
Granulomatose durch Olivenöl, Tommasi 1091.
Granulosis rubra nasi, Dupont 1330.
Grenzstrahlen, Arzt u. Fuhs 1496.
— Bucky 1400.
— Kirsch 1043, 1496.
— Schreus 1496.
— Biologisches, Gabriel 1043.
Grenzstrahlentherapie, Bucky 1043, 1620.
— Martenstein u. Granzow 1620.
— ungefährlich, Martenstein u. Juon 1621.
Grenzstrahlen und Rachitis, Ruete 1496.
Grenzstrahlung Bucky, Ruete 1001.
— weitere Untersuchungen, Gabriel 1621.
Grippe-Exanthem, Freund 1152.
Gynäkologie und innere Sekretion, Aschner 1010.

Haarausfall, Behandlung, Saalfeld 1693.
*— seborrhoischer, Sellei 1417.
Haarfärbemittel, Schädigungen, Cole 1041.
*Haarwuchs, Ätherspray zur Förderung, Saudek 1560.
Hämangiom der Kniekehle, Onderka 1652.
Haematoporphyria congenita, Kitagawa 1472.
Hämaturie, Egyedi 1011.
Haematurie urethralen Ursprunges, Rosenblum 1690.
Hämogramm s. Hautkrankheiten.
Haemolymphangioma der Mamma, Kallius 1667.
Hämorrhagien nach Strumektomie, Driak 1665.
Hämosiderin, Pautrier u. Diss 1658.
Hallopeausche Krankheit, Kogoj 1463.
Harnapparat, Erkrankungen bei chemischen Arbeitern, Oppenheimer 973.
Harnblase, Anilinvergiftung, Scheele 1267.
— Deformitäten und Verschlüsse des Orifiziums, Molony 1690.

Digitized by Google

Harnblase, Divertikel, röntgenologische Darstellung, Picard 1424.
— Parfümflasche in der, Duncan 1692.
— Karzinom vortäuschendes Geschwür, Kahn 1465.
— Krebs, gestielter zottiger, Takahashi 1427.
— Purpura, Cassuto 1772.
— Resorption heterogener Eiweißstoffe, Shoji 1429.
— seltener Fremdkörper, Schwarz 1424.
— Spontanruptur, Bitschai 1425.
— Ulcus simplex, Paschkis 1772.
— — — Sirovicza 1714.
— Geschwülste, Hirt 1267.
— Irrtümer bei Röntgendiagnostik der, Werboff 964.
— Paraffin- und Stearinfremdkörper in der männlichen, Moro 975.
Harnapparat, Tuberkulose, Zystoskopie, Inouye 1124.
Harnblasenadenome, Paschkis 975.
Harnblasendivertikel, großes, Kaufer 1425.
— Struvitstein, Usami 975.
Harnblasenerweiterungen, Behandlung großer, Cathelin 975.
Harnblasenfremdkörper, Formveränderungen der, Gorowitz 965.
Harnblasengeschwülste, maligne, Schlagintweit 1691.
Harnblasenhals, angeborene Hypertrophie, Marion 1125.
— beim Weibe, Kontraktur und Sklerose, Knorr 1784.
— Resektion, Frank 1465.
Harnblasenleukoplakie, Hennessey 975.
Harnblasenmuskel, Chirurgie, Richer 1426.
Harnblasenstörungen, Behandlung der nervösen, Fürbringer 1781.
Harnröhrenstrikturen, Hirt 1771.
Harnblasensymptome bei Frauen, Noyes 1691.
Harnblasengeschwür, tuberkulöses, Reynard u. Michon 962.
Harnblasenstein s. Soorpilz.
Harninfektionen, Neosalvarsan bei, Strauss 1542.
Harnkonzentration bei Kindern, Umkehrung der normalen, Friedell 1478.
Harnleiter, Divertikel, Chualle 1692.
Harnleiterrückfluß, Bitschai 1424.
Harnleiterzystoskop nach Haebler, Jacoby 1714.
Harnorgane, Hexal und Neohexal bei Erkrankungen der ableitenden, Jähnke 1011.
Harnwege, Infektion der Behandlung mit Autovakzine, v. Adler-Racz 1691.
— Kokain zur Anästhesierung der, Bellanger 975.
Harnröhre, adenomatöser Polyp, Verriotis u. Defrise 1425.
— angeborene Verengerung, Frühwald 1652.
— doppelte, Chauvin 1426.
— Fremdkörper, Samsonon 1265.
— Karzinom, Fukai u. Yoshida 1430.
— Röntgenbild, Frühwald 1653.
— röntgenphotographische Untersuchung, Tamura u. Jino 1430.
— Strikturen, Weaver 1465.
— Tuberkulose, Kudlich 1477.
— Verätzung durch Chlorzink, Mühlpfordt 1423.
— weibliche, Harntaschenbildung, Brandes 1479.
— — Tuberkulose, Wiedhopf 1424.
Harnröhrendivertikel beim Manne, Müller-Riehen 1772.
— Kasuistik, Wulsten 1771.
Harnröhrenerkrankungen, Röntgenaufnahmen bei, Langer 973.
Harnröhrenkatheter, Sterilisierung, Rosenburg 1268.
Harnröhrenröntgenaufnahmen, Kitamura 960.
Harnröhrensteine, Koch 974.
Haut, Absorptionsvermögen, Pauli u. Ivancevic 1276.
— als Abwehrorgan, Finger 1760.
— der hypophysektomierten Kröte, Puente 1665.
— Immunität, klinische Ausdrucksformen, Cappelli 1470.
— nach innen gerichtete Schutzwirkung, Hoffmann 1302.
— Physiologie, Pinkus 1508.
— Reaktionen auf Krankheitserreger, Verrotti 1470.
Hautdesinfiziens Dijozol, Nehrkorn 1019.
Hautdurchlässigkeit für den langwelligen Teil des Spektrums, Pauli 1276.
Hautempfindlichkeit nach Injektion entzündungserregender Substanzen, Lehner u. Urban 1548.
Hauterkrankungen s. Gaswechselgrundumsatz.
Hautfeuchtigkeit und Konstitution, Berliner u. Arendt 1213.
Hautfunktionsprüfungen, Moog 1565.
Hautinfektionen, experimentelle, Jessner u. Hofmann 1501.
Hautjuckenbehandlung, Bruck 1631.
Hautkrankheiten, MacKenna 1270.
— Biochemische Untersuchungen bei, Stümpke u. Soika 1019.
— Disposition verschiedener serologischer Gruppen, Stranszynski 1182.
— fixe Alkalien, Nogishi 1472.
— Hämogramm bei inneren, Bobroff u. Kogan 1018.

Digitized by Google

Hautkrankheiten, Kompendium, Gilchrist 1211.
— unspezifische Behandlung bei, O'Leary 1181.
Hautpilze, Strahlenempfindlichkeit, Neidhart 1071.
— Strahlenwirkung auf, Mallinckrodt u. Kloevekorn 1497.
Hautreflex, pathologischer, Malten 1018.
— — Praetorius 1018.
Hautschädigungen, Behandlung, Doxiadis 1569.
Hauttransplantationen, homoioplastische, Tammann u. Patrikalakis 1019.
Haut- und Haarfarbe, Mayr 1501.
— — Geschlechtskrankheiten, Handbuch der — — — (I., Anatomie der Haut), Jadassohn 965.
— — — Atlas, Frieboes 1433, 1600.
— — — Handbuch, Jadassohn 1268.
— — — Praktikum der, Oppenheim 1565.
— — — Therapie der, Ledermann 1269.
— — Rheuma, Siebert 1568.
*— — Tiefensensibilität, Schmitt 1412.
Hautwasserabgabe, unmerkliche s. Epidermis.
Hautwunden, Vernarbung durch Extrakte embryonalen Gewebes, Carnot u. Terris 1064.
HED, Wieviel R-Einheiten entspricht, Küstner 1622.
Heilkunst, Zeit- und Streitfragen, Goldscheider 1128.
Henna, Idiosynkrasie, Goldfarb 1469.
Hermaphroditismus verus, Wagner 1770.
Herpes der Wange, Roederer 1330.
— experimentelle Untersuchungen, Gildemeister u. Herzberg 1048.
— febrilis palpebrae, Frühwald 1652.
— genitalis, Smitt 1653.
— gestationis, Meisel 1466.
— simplex und Zoster, Untersuchungen, Freund u. Heymann 1630.
— und Encephalitis epidemica, Schoenborn 1278.
— Virus, Levaditi u. Schoen 1048.
— zoster und Varizellen, Gavin 1048.
— — — — Milian 1464.
— — — — Lotte 1210.
— — Freund 1504.
— — Levaditi 1183.
— — bei einer mit Salvarsan behandelten Kranken, Böttger 1652.
— — — Sklerodermie, Crosti 1470.
— — durch Gonokokkeninfektion, Jourdanet 1278.
— — gangränöser der Vorhaut, Delmas 1210.
— — generalisatus, Impfung mit Bläscheninhalt, Kumer 1328.
— — Narben nach, Böttger 1652.
Herpes zoster, Pathogenese, Marinesco u. Draganesco 1278.
Herxheimer-Picksche Krankheit, Gougerot, Zimmern, Huet u. Merklen 1208.
Hidradenom, Danel 1537.
— Hudelo, Rabut u. Cailliau 1004.
Hoden, Ectopia perinealis, Bayer 1185.
— überpflanzter, Affen-, Retterer 1126.
Hodenstütze, Dietel 1185.
Hodgkinsche Krankheit, Bine 1066.
Höhensonne, Wirkungen auf das Blut, Bannermann 1575.
Höhensonnenerythem, Dermatoskopie, Popper 1599.
Homöopathie, kritische Gänge, Much 1755.
Hühnerauge, Heilung durch Injektion, Pust 1065.
Hydroa vacciniforme, Geiger 1119.
— — Stein 1503.
— — exzessiver Fall von, Schmidt-La Baume 1597.
Hydrozele mit Steinbildung, Burlanescu 1126.
Hygienisten und Moralisten, Thibaut 1207.
Hyperhidrosis, Behandlung, Galperin 1693.
— chirurg. Behandlung bei, Habermann u. Braeucker 957.
— manuum, Ullmann 1360.
— operative Behandlung, Dobrotworski 1692.
— systematisierte, Artom 1506.
Hyperkeratose der Fingergelenke, Wertheim 1119.
— — Handteller und Fußsohlen mit Störungen der Nägel, Buschke 1563.
Hyperpexie, Ciambellotti 1092.
Hypertrichosis, Danforth 1303.
— Elektrokoagulation bei, Eitner 1693.
Hyphenpilze oder Eumyzeten, Grütz 1601.
Hypospadie, Operation, Birkenfeld 1771.
Hydroa aestivale und Primeldermatitis, Brinitzer 958.

*Ichthyol, intramuskulär bei gonorrhoischen Komplikationen, Straszyński u. Nowicki 1441.
Ichthyolkombination, neue, Gralka 1568.
Ichthyosis, Desensibilisierungsverfahren, Creyx 1546.
— und Hautkrebs, Savatard 1657.
— syphilitischer Ursprung, Agronik 1121.
— und Lues II, Böttger 1652.
Idiosynkrasie der Haut, Šamberger 963.
Immunität nach Besredka, Del Vivo 1470.
Immunkörperbildung, Rolle der Haut, Hajos 1545.
Impetigo contagiosa, Frühwald 1651.
— — Behandlung mit Ultraviolettlicht, Ellison 1632.
— herpetiformis, Buschke 1563.
— — Ätiologie, Walter 1473.

Digitized by Google

Impetigo herpetiformis bei Nichtschwangeren, Tanimura 1369.
Impfung und örtliche Reaktion, Hoppe 1697.
Impotenz, neuere Gesichtspunkte, Schapiro 1785.
Incontinentia urinae des Weibes, Therapie, Gasper 1784.
Infektionskrankheiten, akute Behandlung, Musser 1065.
Inkrete, Bedeutung für Wasserhaushalt, Boenheim 1425.
Innere Sekretion s. Gynäkologie.
*Insulin, Regenerationsfähigkeit der Haut durch, Adlersberg u. Perutz 1167.
Interdigitale Läsionen, mykotische, Dubreuilh 1329.
Intravenöse Injektion, Technik, Nagel 1040.
— — — Nemetz 1044.
Iontophorese bei Hautkrankheiten, Popowa 1003.
Isacen in der dermatologischen Praxis, Polland 1568.
Isaminblaubehandlung bei Kankroiden des Gesichts, Karrenberg 1177.

Jod, Glottisödem, Snell u. Savin 1041.
Jodidwirkung auf Eiweiß und Kochsalzspiegel, Slauck 1272.
Jodoformdermatitis, Perutz 1529.
Juckende Hautkrankheit, Matsunaga 1124.

Kälteanästhesie, Schneider 1662.
Kakteenstacheln, Verletzungen durch, Glass 1572.
Kalkablagerungen in der Haut, Dörffel 1503.
Kalziumgehalt des Blutserums bei Hautkrankheiten, Percival u. Stewart 1007.
Kaninchen, Genitalien kastrierter, Heynemann 1062.
— mit paranasalen Veränderungen, Seroreaktion, Domon u. Abe 1430.
Kankroid der Gesichtshaut, Sommer 1176.
— — Nasenhaut, Delbanco 957.
Kankroide, multiple, Ruete 999.
Kantharidinwirkung auf Prozesse epithelialen Ursprunges, Dubois 1569.
Kapillaraneurysmen der Haut, Histologie, Lutz 1599.
Kapillarendothel, Färbeversuche, Heimberger 1213.
Kapillarmikroskopie und Histologie, nachweisbare Gefäßveränderungen, Bettmann 1019.
*Kapillarmikroskopische Untersuchungen, Bettmann 1605.
Kapillarnerven und ihre reflektorische Tätigkeit, Krogh 1015.
Kapillarwände und Ödemtheorie, Krogh 1015.
Karbazol, krebserzeugende Wirkung, Maisin, Desmedt u. Jacqmin 1068.
Karzinoide, multiple, Karrenberg 956.
Karzinom, Basalzellen-, Karrenberg 958.
— Biologie, Silberstein, Freud, Révész u. Schneid 1334.
— der Lippen und der Zunge, Drüsenschwellung, Regaud, Lacassagne, Roux-Berger, Coutard, Monod, Pierquin u. Richard 1070.
— der Haut, Weiss 1691.
— — — Pathogenese, Zieler 1502.
— — Nase s. Lues III.
— — Oberlippe, Buschke 1259.
— des Penis, Loewenstein 1258.
— Diagnose, Hartmann 1211.
— experimentelles, Maisin 1159.
— — bei Ratten, Hesse 1335.
— Heilbarkeit, Teutschländer 1211.
— Immunisierung von Ratten gegen, Knopf 1669.
— Insulin bei, Silberstein, Freud u. Révész 1334.
— melanotisches, Loehe 1260.
— neuere Forschungen, Gaspari 1173.
— Radiumtherapie, Jordan 1466.
— Reaktion von Botelho, Maccari 1092.
— Röntgenwirkung, Borak 1045.
— spinobasozelluläres, Montgomery 1068.
— Strahlenbiologie, Dehler 1044.
— Strahlentherapie, Wintz 1045.
— s. Epitheliom, Krebs.
Karzinomsarkom am geteerten Kaninchenohr, Schimoda 1430.
Katheterisierung, neuer Kunstgriff, Oláh 1541.
*Keloid und maligne Syphilis, Vollmer 1233.
— — Syphilis, Gougerot u. Cohen 1206.
Keloidakne, Autovakzine bei, Lanteri 1097.
Keratodermia disseminata palmaris et plantaris, Fuhs 1120.
— palmaris et plantaris congenitalis, Olmsted 1305.
Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare, Brauer 1600.
*— — naeviforme, Maschkilleisson u. Per 1309.
— — — palmare et plantare, Buschke 1600.
— hereditarium palmare et plantare, Geiger 1531.
Keratose, familiäre, mit Blasenbildung, Miescher 1662.
— nach Quarzlampenbehandlung, Colquhoun 1714.
Keratosen, kongenitale mit negerartigem Kopfhaar, Fuhs 1323.
Keratosis disseminata volae et plantae, Kren 1329.
— follicularis, Ravaut u. Vibert 1209.

Digitized by Google

Keratosis pilaris, Ingram 1656.
Kinderlähmung, Selter 1068.
Kitzelempfindung bei Erkrankungen innerer Organe, Müller 1664.
Knochen- und Gelenkerkrankungen in der Dermatologie, Richter 1295.
Knoten, juxta-artikuläre, Jeanselme 1100.
— — — Steiner 1100.
Köbnersches Symptom, Fischer 1596.
Kohlenbogenlampen, Goodman 1042.
Kohleneinsprengung, Frühwald 1653.
Kohlensäureschnee, Kroh 1040.
Kokzidiengranulom, Guy u. Jacob 1752.
Kollagenstudien, Nageotte 1016.
Kolloiddegeneration der Haut, Labadie 1688.
Komedonen, gruppierte, Ingram 1657.
Komedonennaevus, Westphalen 1177.
Konstitutionslehre, Naegeli 1126.
Konstitutionstypen in der Dermatologie, Stümpke 1501.
Konzeption bei unverletztem Hymen, Fomenko 1187.
Kopf- und Kleiderlaus, Freund 1072.
Krätze, Behandlung, Veyrières 1072.
— in Smolensk, Tapelson 1468.
— s. auch Skabies.
Krätzemilbe, geschichtlicher Überblick, Beeson 1752.
Krampfaderverödung, Dörffel 1656.
Kraurosis, Ätiologie und Therapie, Hohenbichler 1011.
— penis, Lilienstein 1175.
— praeputii, Spitzer 1531.
Krebs der Brustdrüse, Delbet u. Meudaro 1010.
— — Sternalgegend, Beretvàs 1155.
— — Wangenschleimhaut, Hünermann 1670.
— weißer Mäuse, Sobolewa, Schabad u. Schor 1068.
— s. Epitheliom, Karzinom.
*Krebsforschungen, neuere, Philippson 1562.
Krebsgeschwülste, protozoische Zellparasiten in, Machiarulo 1669.
Krebsgeschwulst, Veränderung nach Durchtrennung der sensiblen Nerven, Ssokolow 1333.
Krebshaare, Simon 1670.
Krebsproblem ein Stoffwechselproblem, Haagen 1670.
— im Lichte geophysischer Strahlungswirkungen, Winzer u. Melzer 1670.
Krebszellen, Einwirkung des elektrischen Stromes auf, Delbanco 1333.
— fortgesetzte Kultur, Fischer 1335.
Kriegsmelanose, Glaubersohn 1265.
Künstliche Hautveränderungen, Freund 1096.
Kuhpockenimpfung, Hirnentzündung nach, Levaditi u. Nicolau 1074.
Kupferdermasan, Ellers 1274.
Kurpfuscherheilmethoden, Mgebrow u. Löwenson 1204.
Kutireaktion, spezifische, Shoji 1123.

Lackdermatitis, Histopathologie der, Tôyama u. Usuba 960.
— Toyama u. Hayashi 1471.
— Toyama 959.
Leberfunktionsprüfungen, Löwenberg, Nauenberg u. Noah 1722.
Leinöldermatitis, Vokoun 1572.
Leishmaniose, Artemenko u. Babadschan 1203.
— Linani u. Israelson 1203.
— Watanabe 960.
— Vakzine bei experimenteller, Jessner 1372.
Leistenhodenoperation, Eisenstaedt 1478.
*Lentiginosis profusa, zur Kasuistik, Kiess 1729.
Lepra, Ritter 1174.
— abortiv verlaufende, Bargehr 1595.
— Autovakzine, Lanteri 1373.
— Behandlung, Deycke 1377.
— gemischte, Louste, Ducourtioux u. Lotte 1210.
— Goldbehandlung, Hoffmann 1075.
— jetzige Behandlung, Wade u. Lara 1075.
— Serologie, Pais 1471.
— tuberkulöse Erscheinungen bei, Rémont und Cola 1074.
— tuberosa, Cappelli 1091.
— und Tuberkulose, Lie 1464.
— Verteilung der Erreger bei, Pineda 1692.
— zur Frage, Santalow 1699.
Leucoderma psoriaticum, Böttger 1653.
— — Frühwald 1653.
Leucoma transversale des Nagels, Milian 959.
Leucopathia congenita partialis, Spitzer 1531.
Leukämie, Basalzellenepitheliome bei, Fuhs 1533.
— lymphatische, Kren 1360.
— myeloische, Hautausschlag bei, Hegler 1174.
Leukämische Myelose, Arzt 1502.
Leukoderm im Gesicht, Sturm 1653.
— und Melanoderm bei Hauterkrankungen, Almkvist 1008.
Leukokeratosis glandis, Keining 1176.
Leukonychia striata arsenicalis, Hoffmann 1371.
Leukoplakie und melanotische Flecke der Mundschleimhaut, Milian u. Lenormand 1535.

Digitized by Google

Leukozytenschwankungen, physiologische, und Mageninnervation, Müller u. Petersen 1014.
Lichen, radikuläre Bestrahlung, Valentová 963.
— acuminatus und Pityriasis rubra pilaris, Kerl 1266.
— atrophicus, zosteriformer, Hudelo, Cailliau u. Mornet 1534.
— nitidus, Barber 1263.
— — Burnier u. Rejsek 1536.
— — Dowling 1401.
— planus, Del Piano 1154.
— — Gray 1657.
— — Hopfinger 1326.
— — John 1651.
— — Negendank 1653.
— — Sommer 1176.
— — Ullmann 1118.
— — annularis, Ploss 1652.
— — der Blase, Heymann 1661.
— — der Mundschleimhaut, Fuhs 1120.
— — — — Habermann 1176.
— — — Schleimhaut, Nardelli 1470.
— — et acuminatus, Popper 1532.
— — hypertrophicus, Unna jun. 956.
— — Lumbalpunktion bei, Possen 1265.
— — nach Dürkheimer Maxquelle, Rottmann 1372.
— — Röntgenbehandlung, Gouin u. Bienvenu 1300.
— — Röntgenbestrahlung bei, Neumark u. Krynski 1305.
— — — des Rückenmarkes, Neumark u. Krynski 1305.
— — Rückenmarksbestrahlung, Hufschmitt 1330.
— — Treparsol bei, Hufschmidt 1301.
— — Umwandlung in, Gouin u. Bienvenu 1300.
— — und Röntgenbehandlung, Prieto 1397.
— — verrucosus, Lilienstein 956.
— — Wurzelbestrahlung, Zimmern u. Cottenot 1304.
— — -ähnliche Exantheme nach Salvarsan, Kaplun 1753.
— — — Knötchen, Ledermann 1564.
*— ruber erythematodes, Umansky 1381.
*— — Spätformen, Briel 1633.
— scrofulosorum, Königstein 1326.
— — Langer 1259.
— spinulosus, Pathogenese, Nefron u. Pospeloff 1594.
— striatus, Kreibich 1502.
— — Schubert 999.
Lichenifikation, ultraviolette Strahlen bei, Hombria 1397.
Lichtdermatose, Habermann 956.
Lichteinwirkungen, Brenzkatechin gegen, Jausion u. Pecker 1300.
Lichteinwirkungen, wiederholte, auf dieselbe Hautstelle, Lehner u. Urban 1575.
Lichterythem, Guthmann 1276.
Lichtquellen, therapeutischer Wert, Peemöller u. Dannmeyer 1574.
Lichtstrahlen, Filterung unsichtbarer, Jäckel 1039.
Lichttherapie, physikalische Grundlagen, Guthmann 1432.
Lichtwirkungen, biologische, Pincussen 1276.
Lidrandentzündung, Behandlung der, Groenouw 1304.
Lipoide, Erzeugung antigener Eigenschaften bei, Fränkel u. Tamari 1545.
Lipoidstoffe, durch Alkaloide geflockte, Haim 1215.
Lipom, Gynäkomastie vortäuschend, White 1067.
Lipomatosis und Hypercholesterinämie, Laurentier u. Valdiguié 1474.
Lippen, Zunge und Mundschleimhaut, diagnostische Schwierigkeiten bei, Pozzo 1154.
Liquor, Übertritt von Brom in den, Barnewitz 1130.
Livedo racemosa bei Rosazea, Freund 1359.
Lungenzeichnung, normale, Assmann 1035.
Lupoid, Freund 1503.
— miliares, Duwe 1474.
Lupus erythematodes, Eichhorn 1651.
— — John 1653.
— — Keller 999.
— — Löhe 1564.
— — Polacek 1529.
— — acutus, Ollendorff 1093.
— — Ätiologie, Olessow 1668.
— — Behandlung, Stein 1668.
— — capitis et faciei, Lilienstein 956.
— — des Kopfes, Barber 1263.
— — discoides, Eichhorn 1651.
— — disseminierter, Buschke 1259.
— — Goldbehandlung, Gent 1668.
— — — Ruete 999.
— — im Gesicht, Buschke 1563.
— — Krysolgan bei, Semon 1656, 1668.
— — Pflaster und Salben, Majocchi 1096.
— — Schleimhaut, Kren 1360.
— — Triphal bei, Wagner 1307.
— — Tuberkulin bei, Cannon u. Ornstein 1475.
— — und Tuberculosis papulo-necrotica, Oppenheim 1359.
— — und Tuberkulose, Birnbaum 1367.
— — WR bei, Schaumann u. Hedén 1301.
— — Wismutbehandlung, Sézary u. Benoist 1534.
— exanthematicus acutus generalisatus durch Streptokokkeninfektion, Milian 959.
— Fibromyom auf, Milian u. Périn 1207.

Digitized by Google

Lupus miliaris disseminatus, Freund 1359.
— pernio, Lortat-Jacob u. Legrain 1209.
— tumidus, Antivirus, Volk 1262,
— vulgaris, Frühwald 1653.
— — Aurophosbehandlung, Wirz 1715.
— — Schubert 999.
— — der Zunge, Chatellier u. Rigaud 1300.
— — des Augenlides, Louste, Dupuy-Dutemps u. Thibaut 1536.
— — disseminatus, Drake 1264.
— — — Mac Cormac 962.
*— — Ektebineinreibung des, Müller 1236.
— — Pyotropin bei, Smitt 1653.
— — und Lues III, Ebel 1177.
— — und Röntgenverbrennung, Schubert 999.
— — s. Elephantiasis.
*Lupussarkom, Schoch 1736.
*Lymphangiectasia nodularis disseminata, Glaubersohn 1437.
Lymphangioma cavernosum am Halse, v. Herepey 1667.
Lymphdrüsen, Eindringen von Infektionserregern in, Schmidt 1543.
Lymphectasia nodularis disseminata, Glaubersohn 1753.
Lymphogranuloma, benignes, Barber 1656.
— inguinale, Frei u. Hoffmann 1371.
Lymphogranulomatose, v. Planner 1503.
— Blutbild bei, Aubertin 1716.
— der Prostata, Blatt u. Markus 1783.
— Fisteln bei, Traut 1378.
— maligne, Barbier, Gauthier u. Cailliau 1004.
Lymphogranulomatosis, Geiger 1119.
— cutis, Arzt 1364.
— inguinalis, Covisa, Bejarano u. Prieto 1397.
— — Frei 1766.
— — Ravaut u. Vibert 1209.
Lymphome der Hühner, eosinophile, Corten 1378.
Lysolverätzung, Onderka 1652.

Maculae caeruleae, Smitt 1654.
Madurafuß bei Kaninchen, Reenstierna 1072.
Mäusekarzinom, Chemotherapie des, Karczag 1669.
Magen, Pneumorelief, Hilbert 1036.
Malaria s. Syphilis.
Malariainfektionen, künstliche, Klinik und Parasitologie, Kirschbaum 1766.
Malariaplasmodien, Beobachtungen beim Gebrauch, John 1539.
Mangansalze, Veyrières 959.
Masern bei Erwachsenen, Pockels 1695.
— echte, während antiluetischer Kuren und Exantheme, Milian 959.
Masern, Prophylaxe mit Rekonvaleszentenserum, Karelitz u. Levin 1073.
Masernexantheme an Stelle einer Dickschen Reaktion, Debré, Bonnet u. Lamy 1695.
Mastixreaktion, Emanuelsche, Rückenmarksflüssigkeit, Emanuel u. Rosenfeld 1759.
Maul- und Klauenseuche, Impfversuche, Belin 1375.
Medizin, Streitfragen in der, Frieboes 1272.
Melanoblastom, subunguales, Specht 1671.
Melanoderm s. Leukoderm.
Melanodermatitis toxica lichenoides, Freund 1506.
Melanodermie, allgemeine, Pautrier, Lévy u. Sloimovici 1329.
Melanoepitheliome, benigne, Dendritenzellen, Bloch 1367.
Melaninpigmentierung, Becker 1752.
Melanome, bösartige, Entstehung der, Miescher 1308.
Melanoneurinoma cutis, Merenlender 1597.
Melanosarkom, Gatter 1671.
Melanose, Hudelo, Rabut, Cailliaux u. Mornet 1003.
— Brenzkatechinderivate bei, Albl 1306.
— Riehlsche, Lortat-Jacob u. Legrain 1208.
— — bei einem Metalldreher, Sézary, Pasteur Vallery-Radot u. Benoist 1003.
Melkerknoten, Pils 1149.
Menformon, feminisierender Einfluß, Laqueur, de Jongh u. Tausk 1479.
Metalleigenstrahlung, Kloevekorn u. Gärtner 1495.
Metaluesfrage, Scharnke 999.
Mikrobazillus Unna-Sabouraud, Saratzeano 1398.
Mikrobenwachstum in Bouillonkulturfiltraten, Barg 1215.
Mikrosporie, Ritter 955.
— Röntgenbehandlung, Krantz 1496.
— Röntgentherapie, Stümpke 1072.
— in Rumänien, Théodorescou 1207.
Milchdrüsen, überzählige, Schmidt 1187.
Milchsäuregärung überlebenden Gewebes, Loeser 1016.
Milch- und Sahne-Firnisse in der ärztlichen Kosmetik, Steiner 1627.
Miliarlupoid, Volk 1360.
Milzbestrahlung bei Hautkrankheiten, Thedering 1045.
Milzbrand, Immunität bei, Hruska 1305.
— Salvarsan bei, Stolygvo 1305.
— Vakzination des Kaninchens gegen, Urbain u. Rossi 1066.
Milzbrandbazillen, Infektionsversuche mit, Martos 1663.

Digitized by Google

Mineralstoffwechsel, Gesetzmäßigkeiten im, Oehme u. Wassermeyer 1015.
Modenolvergiftung, Histologie, Heitzmann 1595.
Molluscum contagiosum, Arzt 1120.
— — conglobatum, Arning 1176.
Morphea, Fuhs 1120.
Morphoea atrophica, Milian u. Delarue 1209.
Morvansche Krankheit, Morrissey u. Reynolds 1689.
Mumpsorchitis, Reuscher 976.
Mycosis fungoides. Arzt 1532.
— — Barber 1656.
— — Eichler u. Rottmann 1504.
— — Frühwald 1652, 1653.
— — Kanno 1473.
— — Mgebrow u. Goldenberg 1205.
— — Oppenheim 1361.
— — Westphalen 1177.
— — Behandlung, Hirsch 1469.
— — Kren 1149.
— — Scherber 1151.
Mykose der Fingernägel, Buschke 1259.
Mykosen, chirurgische, Bolognesi u. Chiurco 966.
Myxödem, lokales, Westphalen 955.
Myxoedema tuberosum, Baranowa 1753.

*Naevi, Keimplasmatheorie der, Meirowsky u. Leven 979.
Naevokarzinom, Ullmann 1118.
Naevus acneiformis, zosteriformer, Montpellier u. Colonieu 1006.
— albus, Gougerot, Kuß u. Filliol 1210.
— anaemicus, Frühwald 1652, 1653.
— blauer, Armuzzi 1506.
— — Kreibich 1502.
— flammeus im Nacken, Frühwald 1654.
— hemilateralis, Karrenberg 1179.
— lymph- et haemangiomatosus, Matras 1361.
— Pflasterstein-, Habermann 957.
— pigmentosus in Form der Cutis capitis gyrata, Gohrbandt 1667.
— Prädilektionsstellen, Leven 1504.
— Pringle, Freund 1359.
— Wollhaar-, Wise 1070.
Nägel, Krankheiten, Heller 1401.
Nagel, Terminalmatrix, Pinkus 1261.
Nagelveränderungen bei totaler Alopezie, Glasser u. Sloimovici 1331.
Nasenmuschel, Einführung von Medikamenten, Keropjan 1121.
Nebenhoden, Biologie, v. Lanz 1185.
Nebenhodentuberkulose, John 1653.
Nekrotisierende Hautentzündungen, Most 1632.
Neoplastische Gewebe, Stoffwechsel des bestrahlten, Enselme 1548.
Nephritis, eitrige, diffuse, Diagnose und Therapie, Nicolich 1542.
— haematurica, Pathogenese, Rolando 1751.
Nervenkrankheiten, Therapie der organischen, Schacherl 1507.
Nesselgifte, chemische Natur der, Flury 1572.
Neurinom, Matras 1120.
Neurodermitis des Unterschenkels, Frühwald 1651.
Neurofibromatose, ungewöhnliche Mißbildungen, Heine 1668.
*Neurogen entstehende, blasige Hauteruptionen, Zweifel 933.
New York, Hautklinik 1076.
Nickelkrätze, Fuhs 1363.
Niere, Alpha-Naphthylaminprobe, Haslinger 1714.
— doppelte, Tenenbaum 1465.
— Echinokokkus der, Kaïris 1714.
— ektopische. Nephrektomie, Nephrolithotomie, André 1751.
— Kalksteinbildung nach Wirbelsäulenbruch, Simon 1425.
— lymphatische Reaktionen, Jacoby 1423.
— — — Lewin 1423.
— Mißbildungen, Kairis 1426.
— Riesensteine, Baastreep 1690.
— Tuberkulose, Niijima 1123.
— tuberkulöse, 20 Jahre nach Entfernung, Takahashi 1427.
— verlagerte, Surraco 1751.
— Zyste einer überzähligen, Kuksinskaja 1424.
Nierenbecken, das normale, Polkey 1464.
Nierenbeckenwunden, Heilung der, Kaïris u. Perlmann 1714.
Nierenblutungen, Ball 1267.
Nierenfunktionsproben, Kearens 1690.
Nierengewebe, Erhaltung der nötigen Menge, Gibson 1465.
Niereninfarkte, große, Danhiez 1751.
Nierenkolik, Azotämie bei, Fryszman 1426.
Nierenpathologie, Bedeutung der Skoliose, Mosenthal 1425.
Nierenverkalkung, Pugh 1007.
*Ninhydrinreaktion bei Dermatosen, Dóczy 1685.
*Nissotax, Kuhn u. v. Grundherr 1081.
Nodosité iuxta-articulaire, Bubermann 1204.
Normosal, Walinski 1273.
*Novokaindermatitiden, Galewsky 1195.
*Novokainekzeme, Jordan 977.

Ödembereitschaft, Einfluß der Nervendurchschneidung bei, Bernardbeig 1216.
Öltumoren, Ursache des Wachstums, Burrows u. Jorstad 1336.

Digitized by Google

Ösophagus, Hautschlauch als, Risak 1530.
Onychoptosis, familiäre, Oliver 1401.
Opsonogen bei Hautkrankheiten, Liefschütz 1040.
Orchitis s. Mumpsorchitis.
Orientbeule, Unikel 1204.
Osmidrosis axillaris, Ishikawa u. Nohira 1428.

Paederus fuscipes, Giftwirkung von, Pawlowsky u. Stein 1275.
Pagetsche Krankheit, Arzt 1362.
— — Epitheliom der Milchgänge, Barbier 1004.
Pankreasbedeutung für die Urologie, Sebening 1542.
Papulonekrotische Effloreszenzen durch Tuberkulin, Covisa u. Bejarano 1396.
Paraffinkarzinom, Spitzer 1323.
Parapsoriasis, Kumer 1532.
— Pinard u. Meyer 1208.
— Silbermann u. Rossiansky 1121.
— en plaques und en gouttes, Besproswannaja 1121.
Paratuberkulose des Rindes, Pallaske 1377.
Paraurethraler Gang im Röntgenbild, Frühwald 1654.
Parenteral einverleibter Gewebsextrakt, Fujita 1124, 1428.
Pediculoides ventriculosus, Dermatose durch, Levi 1095.
Pellagra, Rille 1502.
— bei Alkoholikern, Klauder u. Winkelman 1263.
— fusospirilläre Dermatitis bei, Greenbaum 1400.
Pemphigus, Kumer 1532.
— acutus febrilis, Aoki 960.
— chronischer rezidivierender, Parkes Weber 1264.
— foliaceus vegetans, Kohlenberger 999.
— — Muzin bei, Kreibich 1502.
— Kochsalzquaddel bei, v. Lesczynski u. Blatt 1596.
— pruriginosus, Fuss 1327.
— serpiginosus benignus, Geiger 1531.
*— Sproßpilzbefunde, Engelhardt 1337.
*— Therapie und Ätiologie, Preininger 1580.
— vegetans, Dore 1657.
— — Frühwald 1651.
— — Riehl jun. 1364.
— — Ruete 1666.
— — Nierenhypofunktion, Moreinis u. Medwedew 1465.
— vier Fälle, Cappelli 1091.
— vulgaris, Fuss 1327.
— — Karrenberg 1179.
— — Parasitologie, Lipschütz 1596.
— — Plasmochin bei, Buschke 1305.
Penis, doppelter, Bruni 965.
Peniskarzinom, Lilienstein 956.
— und Beschneidung, Sampoerno 974.
— Verstümmelnde Eingriffe bei, Hutter 974.
Penistuberkulose, Christeller 1714.
Penis, Tuberkulose, Yokohata 1425.
Peniswurzel, Abszeß der, Ronchese 1155.
Perubalsam, Dermatitis, Cummer 1476.
Phagedänische Geschwüre am Glied, Louste, Cahen u. Vanbockstael 1299.
Phalloplastik, Haim 1425.
Phimose, Operation, Haim 1424.
— Zirkumzisionsersatz bei, Whitfield 974.
*Physiol, Erfahrungen mit, Zakarias 986.
Pigment bei der Hausmaus, Steiner 1307.
— -Erythem des Gesichts, Juster 1299.
Pigmentation als Unfallfolge, Fuss 999.
*— bei Amenorrhoe, Slatmann 1703.
Pigmentationen nach Wärmeapplikation, Buschke u. Michael 1667.
— — — Mayer-List 1667.
Pigmentierung der Mundschleimhaut, Hudelo u. Rabut 1208.
Pigmentsarkom, multiples idiopathisches, Garbien 1671.
Pigmentstudien, Bloch u. Schaaf 1306.
Pilzarten in Tomsk, Gluchowzow 1002.
Pilzerkrankungen der behaarten Kopfhaut nach Röntgenbehandlung, Keller 1372.
Pilzkrankheiten der Haut, White 1179.
Pilzkulturen Hamburgs 958.
*— Kolben zur Züchtung, Karrenberg 1706.
Pilzzüchtung auf Organen, W. Jadassohn 1502.
Pityriasis lichenoides, Bruhns 1258.
— — Freund 1152.
— — Kumer 1363.
— — Oppenheim 1118.
— — Ruete 999.
— — Segrè 1373.
— — chronica, Rosenberger 958.
— — Hautatrophie, v. Mienicki 1092.
— rosea, Eichhorn 1651.
— — Fox 1657.
— — John 1651.
— — des behaarten Kopfes, Haxthausen 1007.
— — experimentelle Übertragung, Wile 1689.
— versicolor alba, Spitzer 1118.
— — Behandlung der, Freund 1155.
— — depigmentierte Haut, Kistiakovsky 1400.
— — Frottieren, Audry 1537.
Plaut-Vincents-Angina, orale Läsionen, Bloodgood 1070.
Pleuropneumonie, larvierte Formen, Letulle u. Dalsace 1125.
Pneumopyelographie, Gottlieb u. Strokoff 1426.

Digitized by Google

Pocken, Einschleppung, Camus 1696.
Poikiloderma atrophicans vasculare, Bowman u. Clark 1365.
*Poikilodermia atrophicans vascularis, Geisler 1133.
Poikilodermie, Fuhs 1533.
*Polemik Meirowskys und Levens, Siemens 1394.
— Meirowsky u. Leven 1395.
Pollakiurie bei Frauen, Hoffmann 1690.
Polyarthritis deformans, syphilitische, Cavallucci 1427.
Polyurie infolge Hypophysektomie bei Hunden, Rubio 1770.
Porokeratosis, Fukai 1124.
— Unikel u. Faingold 1204.
Potenz, sexuelle, Schapiro 1714.
Präkanzeröse Dermatose, Feldman 1068.
— — John 1653.
Präkanzerose des Penis, Delbanco 1179.
Präputialsteine ohne Phimose, Heymann 1424.
Präventivverkehr, Pirkner 1187.
Präzipitinreaktion, Shoji 1429.
— von Pflanzeneiweiß, Fujita 1428.
Primeldermatitis, Eitel 1275.
— Giacardy 1660.
— s. Hydroa aestivale.
Primelidiosynkrasie, Brocher 1275.
Promiskuität in der Ukraine, Weissenberg 1188.
*Prophylaxe venerischer Krankheiten in Odessa, Faingold u. Kalsada 1032.
Prostata, Diathermie, Gazzarrini 1374.
— Innervation, Mislawsky 1782.
Prostatahypertrophie, lokale Eiterungen, Maltese 1426.
— — Vereiterungen, Le Roy 1751.
— Resektoskop, Stein 1424.
— Rezidiv nach suprapubischer Prostatektomie, Takahashi 1751.
— Vasektomie und, Henrichsen 1011.
Prostatasekret, fermentative Eigenschaften, Karassik 1478.
Prostatazyste, André 962.
Prostatektomie, Gynäkomastie nach, Oppenheimer 1478.
— und Zystostomie, Rochet 962.
Prostatitiden, unbekannte chronische, Perrin 962.
Prostatiker, Behandlung, Crowell-Charlotte 1268.
Prostatitis, Diathermie bei, Grand u. Stites 1691.
— im Kindesalter, akut entzündliche, v. Graevenitz 1782.
— Therapie, Nast 1782.
Prostitution, Dispensaire gegen, Krom u. Salzmann 1467.
*— in Deutschland nach 1. X. 1927, Was wird aus der, Hanauer 1447.
Prostitution in Karlsruhe, v. Pezold 1126.
— russische Literatur, Teodorowitsch 1467.
Proteinsilberlösung, Idiosynkrasie gegen, Hashimoto u. Suzuki 960.
Prurigo im Gesicht, Louste, Thibaut, Cahen u. Vanbockstael 1210.
— zirzinäre Form, Gougerot u. Merklen 1298.
Pruritus, Chirurgie des, Küttner 1063.
Pseudobotryomykose, seltene, Montemartini 1470.
Pseudohermaphroditismus, Kranzowa 1159.
Pseudolepra oder „punudos", Roblès 1699.
Pseudopelade Brocq, John 1653.
Pseudoxanthoma elasticum, Lilienstein 956.
Psoriasis, Gordon 1064.
— arthropathica, Schilddrüsentransplantierung, Belachow 1665.
— arthropathische, Meineri 1094.
— atrophische, Karrenberg 1179.
— behandelt mit Eigenblut, Menschow 1661.
— Behandlung, Bruhns 1661.
— — Callenberg 1660.
*— — mit innersekretorischen Präparaten, Dóczy 1708.
— Degea bei, Bindermann 1530.
— Elektrokoagulation bei, Ravaut 1299.
— Lipasen bei, Durdello 1365.
— mit Papillomen und Hauthörnern, Hudelo, Garnier u. Cailliau 1534.
— pustulosa, Fukai 1430.
— — Loehe 1260.
— und Blutgruppe, Poehlmann 1660.
— — endokrines System, Buschke u. Curth 1304.
— — Erythrodermie, Sainz de Aja 1396.
— Vererbung, Fürst 1371.
Psoriasisbehandlung, neues Mittel zur, Herxheimer 1304.
Psoriasissalbe mit Schwefel und Kaliseife, Veyrières 1207.
Pubertätsverlauf, Bühler 1188.
Purpura haemorrhagica, Thrombozytopenie, Tolstoi 1603.
— Henochs bei Ernährungsallergie, Alexander u. Eyermann 1753.
— simplex der unteren Extremitäten, Louste, Cailliau, Cahen u. Vanbockstael 1536.
— teleangiectodes, Schubert 999.
— vesicae, Moriyama, Kokumoto u. Maeda 960.
Purpuraähnliche Dermatitis im Anschluß an Natriumthiosulfat, Frazier 1572.
Pustula maligna, Behandlung, Rossonowskij 1664.
— — — Sokolow 1664.
Pyelitis, arzneilose Behandlung, Simon 1424.

Digitized by Google

Pyelitis in der Schwangerschaft, Williams 1465.
— — Schwangerschaft und Wochenbett, Pride 1690.
Pyelographie, Garry u. Druckmann 1424.
Pyelo-Röntgenoskopie, Gonzalez 1267.
Pyodermia serpiginosa ulcerativa, Dammann 1595.
— vegetans, Habermann 957.
Pyodermien, lokale Immunisierung nach Besredka, Pomuk 1632.
Pyodermitis vegetans, Milian 1207.

Quarzlampe, Gassul 1039.
— mit Diathermieapparat betrieben, Blumer 1603.
Quarzlampenbestrahlung, Blutzucker und Adrenalinquaddel nach, Messerle 1575.
Quarzlicht bei Hautkrankheiten, Chalipski u. Pechur 1466.
— Hautuntersuchungen im gefilterten, Bommer 1693.
Quarzlichtbehandlung, Pakheiser 1127.
Quarzlichtbestrahlungen, Veränderungen der Lymphe beim Hunde nach, Petersen u. v. Öttingen 1602.
Quecksilber als Eiterung förderndes Mittel, Stappert 1065.

Radioaktive Salbe, Delmas 1210.
— Substanzen, äußere Bestrahlung mit, Dautwitz 1625.
Radiodermatitis und Neuritis, O'Donovan 1007.
Radium bei Krebs, A. B. Smith u. S. M. Smith 1626.
Radiumemanation, Wirkung auf die Mikroben. v. Schroetter 1626.
Radiumtherapie, Grundlagen, Friedrich 1037.
Radium- und Röntgenbestrahlung, gegenwärtige und zukünftige, Tomanek 1625.
Rattenbißfieber der Kaninchen, Fujita 1431.
Rattenbißkrankheit, Korobitzin 1074.
— Klassifikation des Erregers, Ruys 1699.
— pathologische Anatomie, Heitzmann 1597.
— Schutzmittel gegen experimentelle, Fujita 1124.
Raynaudsche Krankheit und Hypophyse, Bloch 1665.
*Recklinghausensche Krankheit, Dombrowsky 1513.
— — Klopstock 1564.
— — Lilienstein 1175.
— — Zimmern 1177.
— — familiäre, Artom u. Fornara 1155.
— — ohne Geschwulstbildung, Gray 1656.
— — und Naevus anaemicus, Schimomura 1430.
Reflektorische Vorgänge nach intrakutaner Reizung, Straszynski 1369.
Reiztherapie, chemische, Strauch 1566.
— lokale chemische, Strauch 1566.
— unspezifische, Bergel 1398.
— Schumacher 1399.
Rekurrens der Mäuse, Albert 102 bei, Hofmann 1131.
— Hämokultur, Bruynoghe, de Greef u. Dubois 1103.
— serologische Untersuchungen bei, Bruynoghe, Greef u. Dubois 1131.
Rekurrensiritis, Sachs 1158.
Rekurrensspirochäten im Nervengewebe, Lebedjena 1600.
Residuen von kongenitaler Syphilis, Frühwald 1653.
Retikuloendothel beim Heilungsvorgange, Feldt u. Schott 1273.
Rezidivierende Affektion, Dowling 1264.
Rhabdomyom der Zunge, Roederer u. Diss 1329.
Rhinoplastik, Technik und Resultate, Mornard 1689.
Rhinosklerom, Bazillen, Meisel u. Mikulaszek 1070.
Riedels Mentor 1927, 1269.
Riesenkomedonen, Stein 1151.
Robichinal, Exanthem durch, Smitt 1653.
Röntgenatrophische Haut, Karrenberg 1179.
Röntgenbehandlung, erworbene Strahlenresistenz bei Epitheliom, Beau 1044.
Röntgenbestrahlte Gewebe, Tumoren in, Russ u. Scott 1068.
Röntgenbestrahlung, Hautempfindlichkeit gegen Kantharidenpflaster nach, Meyer 1496.
— indirekte, Cotlenot 1474.
— Polarisationsmessung nach, Keller u. Rein 1495.
— und Entzündung, Heidenhain 1623.
— Verschiebung der Serumeiweißkörper, Breitländer u. Lasch 1044.
Röntgenbetrieb, Schäden im, Groedel, Liniger u. Lossen 1756.
Röntgenbiologie, Miescher 1495.
— der gesunden und kranken Haut, Miescher 1687.
Röntgendiagnostik, Klippen der urologischen, Schüppel 1423.
Röntgendosierung in der Hautpraxis, Thedering 1621.
Röntgenhaut s. Gumma.
Röntgenkrebs, geheilt durch Diathermie, Bordier 1046.
Röntgenoberflächentherapie, Spannungsregulierung bei, Wucherpfennig 1046.
Röntgenologie, Einstellung zur, Holzknecht 1757.
Röntgenspätulzera, Barnewitz 1497.

Digitized by Google

Röntgenstrahlen, Anaphylaxie, Schneider, E. 1545.
— Behandlung akut-eitriger Entzündungen, Kohler 1623.
— bei bakteriellen Entzündungen, Schaefer 1623.
— biologische Wirkung, Gans 1495.
— — — Blumenthal u. Böhmer 1495.
— — — Scholtz 1497.
— Erforschung mittels Explantation, Schubert 1044.
— in der Dermatologie, Eller 1277.
— Messung, Grebe 1495.
— physikalische Wirkung, Glocker 1039.
— Qualitätsmessungen, Schreus 1497.
— Sensibilisierung gegen, Martenstein 1496.
— Sterilisierung des Kaninchenhodens, Ferroux u. Regaud 1624.
— und einzellige Lebewesen, Klövekorn u. Gaertner 1043.
— und innersekretorische Drüsen, Wintz 1044.
— widersprechende Wirkung an Haut und Hoden, Regaud u. Ferroux 1624.
Röntgenstrahlenwirkung auf Zellen, Politzer 1604.
— — — Scholtz 1277, 1604.
— und Gewebeexplantationsmethode, Schubert 1001.
Röntgentherapie in der Chirurgie, Indikationen, Pannewitz, v. 1622.
— Richtlinien der Dosierung, Schinz 1622.
— tierärztliche, Weiser 1566.
— zahnärztliche, Schmidhuber 1566.
Röntgentiefenbestrahlung und vegetatives Nervensystem, Rütz 1624.
Röntgenulkus, Diphtheriebazillen bei, Hoffmann 1497.
Röntgenulzerationen, Langer 1563.
Röntgen- und Teerhaut, Strahlenempfindlichkeit, Jakoby 1495.
Röntgenuntersuchungen der Lunge, Dietlen 1035.
— — — Hänisch 1035.
Röntgenverbrennung, Schubert 999.
Rosazea und Begleitzustände, Rulison 1660.
Rousscher Tumor, Wirkung der Röntgenstrahlen auf den, Lacassagne, Levaditi u. Galloway 1624.
Rückfallfieber bei Ratten, Salvarsanbehandlung des, Lebedjena u. Ssinjuschina 1599.

Sabouraud-Tablette, Dosierung unter dem Gesichtspunkt der Al. Halbwertschicht, Wucherpfennig 1497.
Salamander, Hautzeichnung, Milojevic 1213.
Salbe, gelbe, Zinsser 1274.
Salbeninkorporierte Medikamente, Resorption, Moncorps 1505.
Salizylsaures Natron, Einspritzungen, Chavany 1047.
Salmiak, Dermatitis durch, Frühwald 1653.
Samenblasenauswaschung, Lahayville 1010.
Sanokrysindermatitis, Natriumthiosulfat bei, Jersild 1573.
Saprovitan, Rosahl 1274.
— Erfahrungen, Bode u. Axhausen 1568.
Sarcoma idiopathicum Kaposi, Arzt 1152.
— — multiplex haemorrhagicum, Gluchowzeff 1468.
— — — pigmentosum, Hamdi u. Halil 1069.
Sarcomatosis cutis, Eichhorn 1653.
*— — bei 10 Monate altem Kinde, Steinberg u. Glaubersohn 1349.
— gigantocellularis, Steinberg u. Glaubersohn 1069.
Sarkoid, Barber 1263.
— Boeck, Habermann 957.
— — Thorium X, Meirowsky 1497.
*— Boecksches — Thorium X Degea bei, Meirowsky 1239.
Sarkom, multiples, idiopathisches, hämorrhagisches, Prokoptschuk u. Tschuwalowa 1754.
— Russelsche Körperchen, Givatte 1533.
— ungefilterte Röntgenstrahlen, Craver 1475.
Sarkomatöse Fibroblasten, Carrel 1374.
— Hauttumoren, Meyer 1670.
Scabies, Behandlung, Kusnetzow 1375.
— Institutsepidemie, Bechet 1476.
— unerkannte, Meschtschersky 1694.
— s. auch Krätze.
*Schädigungen des Auges durch Licht, Thies 1024.
Schädigungsprophylaxe, Holzknecht 1046.
Schälkur, Pigmentationen nach, Eichhorn 1652.
Schambergsche Krankheit, Antoni 1174.
— — Höft 1175.
— — Lilienstein 956.
— — Ronga 1095.
— — Templeton 1688.
Schanker, weicher s. Ulcus molle.
Scharlach, Aussparphänomen, Winkel 1376.
— Behandlung, Toomey u. Dolch 1073.
— Empfänglichkeit des Alters und des Milieus, Debré u. Lamy 1073.
— Prophylaxe, Toomey, Fullerton u. Kishman 1073.
— Salzlösungsprobe, Lovett 1073.
— Anurie bei, Higgins u. Graf 1695.
— Streptokokken-Antitoxin gegen, Gordon 1073.
Scharlachschutzimpfung nach Dick und Auslöschsymptom, Papp 1695.
Scharlachserum, Husler 1376.
Scharlachstreptokokken, Dold 1543.

Digitized by Google

Scheckung der Haut, Leven 1067.
Scheidenausfluß, Unguent. argent. nitr., Hartog 1478.
Schmetterlinge, Großstadtmelanismus, Hasebroek 1666.
Schutzpockenimpfung, amerikanische Erfahrungen, Lentz 1696.
— Strabismus nach, Saloz u. Frommel 1074.
Schutzpockenlymphe, Infektion des Kaninchens, Levaditi u. Sanchis 1696.
Schwachbestrahlung, Geschichte der, Freund 1277.
Schwefeltherapie chirurgischer Krankheiten, Bircher 1568.
Schweiß, Analytische Untersuchungen, Brill 1501.
Schweißdrüsennaevus, Arzt 1363.
Schweißsekretion, Mikrobeobachtungen, Jürgensen 1508.
Sclerodermia diffusa, Fuss 1327.
— — Wertheim 1326.
Sclérodermie en bande, Lévy 1331.
— — — Roederer 1331.
Segmentreflex von Haut zu Eingeweide, Ruhmann 1542.
Serumkrankheit, Milian 1207.
Serumzufälle, Drouet 1546.
Sexualhormon, weibliches —, besonders Menformon, Laqueur 1011.
*Sexualhormone, Blotevogel 1319.
— Blotevogel 1179.
— des weiblichen Tieres, Bencan, Champy u. Keller 1784.
— Spezifität der männlichen, Magnus-Hirschfeld u. Schapiro 1782.
Sexualität und kriminelle Persönlichkeit, Lenz 1188.
Shocksymptome, Müller, Myers u. Petersen 1040.
Silber, kolloides, Experimentelles Arbeiten mit, Voigt 1569.
Silkwormsterilette, Peters 1187.
Skatologisches in Altgriechenland, Licht 1012.
Sklerodermie, Ätiologie, Golschmied 1538.
— Behandlung, Krause-Wichmann 1668.
— diffuse, Fuhs 1120.
*— Salzsäure bei, Buschke 1077.
— strichförmige, Westphalen 1177.
— ultraviolette Strahlen und Jod bei, Louste, Juster u. David 1298.
— und Sklerodaktylie, Buschke 1259.
— — Syphilis, Murray-Will 1262.
— s. Akrodermatitis.
Scleroedema adultorum, Buschke 1563.
— neonatorum, Kimura 1429.
Skorbut, sporadischer, Seckel 1306.
Skorbutigene Wirkung bestrahlter Milch, Wieland 1603.
Skrotum und Penis, Gangrän, Mannheim 1771.
Solganal, Freund 1042.
Soorpilz und Blasenstein, Rafin 962.
Sperma, Biologie des, Offergeld 1010.
Spezifische und unspezifische Umstimmung, Weichardt 1567.
Spieglersche Tumoren, Fuss 1503.
Spiritusdesinfektion der Kanülen, Mansbach 1570.
Spirochaeta icterohaemorrhagica, testikuläre Veränderungen bei Kaninchen, Abe 1123.
— pseudo-icterogenes und Spirochaeta icterogenes, Uhlenhuth u. Hermann 1016.
Spirochäten im Schanker während Behandlung, Kitchevatz 1659.
— und fusiforme Bazillen, gemeinsamer Ursprung, Sanarelli 1214.
Spirochaetosis arthritica, Frühwald 1655.
Splenomegalie, Arzt 1151.
Spontankeloide, Dupuytrensche Kontraktur, Sachs 1359.
Sporotrichose?, Müller 1000.
Sporotrichum Beurmanni, Strahlenempfindlichkeit, Neidhart 1375.
Staphylokokken- und Streptokokken-Infektion der Haut, Immunität bei, Miller 1544.
Stoffwechsel und Haut, Bloch 1066.
Stomatitis mercurialis bei Psoriasis, Frühwald 1653.
Strahlen, rote, therapeutische Wert, Levick 1574.
Strahlenempfindlichkeit der Haut, Prüfung der, Freund 1603, 1604.
— — — — — Grann u. Holzknecht 1603.
Strahlenhärten, Toleranzdosen bei verschiedenen, Schreus u. Schönholz 1046.
Strahlenheilkunde, Handbuch, Lazarus 1756.
Strahlenkombinationen, Wirkung auf die Haut, Finkenrath 1277.
Strahlenqualitäten, Erythemwirkung verschiedener, Determan 1039.
Strahlentherapie, Guillaume 1506.
— Woodburg 1042.
— Vergleich von Lichtquellen, Baker 1574.
Strahlenwirkung, biologische, Meyer 1495.
— — Holthusen 1043.
— Grundprobleme, Meyer 1686.
Streichholzschachteldermatitis, Frühwald 1651.
Streifen, kutane — am Oberarm einer Schwangeren, Galant 1216.
Streptococcides eczématiformes, Sabouraud 1657.
Streptokokkus und Dicksche Reaktion, Sacquépée u. Lesbre 1543.
Streptogene Erkrankungen, neue Kulturmethode, Haxthausen 1366.

Digitized by Google

Streptokokken, tierische, Infektionsversuche mit, Marx 1543.
Streptokokkentoxine beim Pferde, Sacquépée, Lesbre u. Bouet 1543.
Striae atrophicae, Frühwald 1653.
— gravidarum, photochemische Bedeutung, Mayer 1507.
Strontiuran, Harry 1275.
Student und Studentin, Scheuer 1786.
Sudorimeter, Mumford 1332.
Suspensorium, einfaches, Schreus 1782.
Sykosis, Behandlung, Lévy-Franckel 1065.
— mit Thallium behandelt. Landesmann u. Mgebrow 1205.
Symptomlose Syphilisinfektion, Prigge u. Rothermundt 1093.

Syphilis

1. Allgemeines

Anormaler Fall von Syphilis, Frank 1380.
Bewohner von 5 Dörfern des Bezirks Proskurowo, Untersuchung auf Syphilis, Grünberg 1788.
Blutveränderung, syphilitische, Experimentelles, Klopstock 1128.
*Blutzucker bei Syphilis, Neumark u. Tschatschkowska 1587.
— — — Rosen u. Krasnow 1475.
Eigentümlichkeiten der luischen Ansteckung, Belgodère 964.
Europa, Einschleppung der Syphilis nach, Barduzzi 1154.
Exotische Syphilis, Nägelsbach 1098.
Familiensyphilis, Frauen- und Kinderarzt bei, Noeggerath 970.
Fieber bei tertiärer Syphilis, Korens 1400.
— syphilitisches, Mannaberg 1722.
— tertiär syphilitisches, Fraulini 1094.
Fieberhafte Krankheiten, Einfluß auf Lues, Ruge 1379.
Framboësie und Syphilis, immunbiologische Beziehungen, Matsumoto, Ikegami u. Takasaki 1429.
Frauen, erste Zeichen der Syphilis, Stookey 1540.
Geburt, Bedeutung für Aufdeckung latenter Syphilis, Heynemann 1724.
— — — Erkennung der Lues, Heynemann 1062.
Immunität bei Syphilis, Chesney 1601.
Malaria, Einfluß auf Syphilis, Bejarano 1396.
Provokation und Lues, Dittrich 1370.
Rückgang der Syphilis, Choroschin 1122.
— — — Matthias 1719.
Schicksal der Syphilitischen, Jordan 1076.
Schorzen, Syphilis bei den, Arawiskij 1122.
Superinfektion und Immunitätszeichen bei Syphilis, Pasini 1505.
Symptomenkomplex der Syphilis als Abwehrreaktion, Bergel 1098.
Syphilidologie, moderne klinische, Stokes, O'Leary, Goeckermann, Schaffer u. White 1602.
Syphilis im Lichte neuer biologischer Untersuchungen, Bergel 1719.
— in 1927, Milian u. Brodier 1098.
— Malaria, Amöbenruhr, Ravaut 1009.
Syphilisimmunität, Experimentelles, Kolle 1498.
Syphilophobia, Jordan 1008.
Thiämie bei Dermatosen und Lues II, Sézary u. Leblanc 1005.
Trauma, Syphilis und, Meineri 1156.
— ungewöhnliche Erscheinung nach, Thornley 1400.
Wandlung der Syphilis, Wilmanns 1097.
Zivilrechtliche Verantwortlichkeit und Syphilis, Mibelli 1505.
Zunahme der Syphilis, Arzt 1324.
— — — Spitzer 1379.

2. Ätiologie der Syphilis

Spirochaeta pallida, Morphologie und Biologie, Hoffmann, Hofmann u. Mulzer 1432.
— — Polymorphismus, Hubert, Jausion u. Pecker 1103.
Spirochäten, Injektion lebender, bei Tabes und Paralyse, Scharnke 1001.
— Lebensdauer, Schumacher 1498.
— Wirkung chemotherapeutischer Stoffe, Papamasku 1405.
— neurotrope, Kritschewski 1726.
Spirochätenextrakt und Spirochätenimmunserum, Klopstock 1727.

3. Experimentelle Syphilis

Experimentelle Syphilisforschung, Worms 1405.
Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis, Wagner 1499.
— — — — Wagner u. Breinl 1598.
Heiße Bäder bei Kaninchensyphilis, Schamberg u. Rule 1727.
Herz und große Gefäße syphilitischer Kaninchen. Bergel 1720.
Inkubation der Kaninchensyphilis, Domon u. Shimoda 1430.
Jodkalium bei experimenteller Kaninchensyphilis, Pearge 959.
Kaninchen, Spirochaete pallida nach Superinfektion des latent syphilitischen, Strempel u. Armuzzi 1469.
Lama, Syphilis, Hoffmann u. Zurhelle 1655.
Latente Infektion bei Kaninchensyphilis, Uhlenhuth u. Großmann 967.
Lymphdrüsenverimpfung bei experimenteller Syphilis, Prigge 1498.

Digitized by Google

Modenol bei Kaninchensyphilis, Worms 1408 1599.
Nervensyphilis bei Kaninchen, Finkelstein u. Bobinskaja-Strelinskaja 1754.
Reinokulationsversuche an syphilitischen Kaninchen, Frei 1726.
Späterkrankungen des Kaninchens nach symptomloser Infektion, Prigge 1726.
Spirochätose der weißen Maus, Salvarsan bei, Königsberg u. Gitmann 1468.
Superinfektion bei Kaninchensyphilis, Strempel u. Armuzzi 1726.

4. Serologie der Syphilis, Liquor, Luetin

Aktivmethode, Praktische Bedeutung, Bojewskaja 1121.
*— von H. Hecht, Oppenheim 1117.
Aktivuntersuchung bei der Serodiagnose, Bruck 1498.
Blutkuchen-WR nach Dold, Groß 968.
Blutserum, gegenseitige Einwirkung, Douris 1129.
Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhoe, Schirwindt u. Goldberg 1467.
Enzymreaktion, Maderna 1374.
Fällungsreaktionen, Kaplun 1406.
Flockungsprobe, Watson 1130.
Flockungsreaktion, Kahnsche, Boas 1268.
— von Dujarric de la Rivière, Soscia 1154.
Gehirnantikörper, Georgi u. Fischer 1104.
Gestation, serologischer Luesnachweis, Haim 1062.
*Goldsolreaktion im Liquor, Bender 1249.
Gravidität, serologische Luesdiagnose, Philipp, Gornick u. Peltert 1128.
Kahnsche Flockungsprobe und Kolmersche Komplementfixation, Becker 1540.
— -Meinicke-Flockungsprobe und Rüdiger-Wassermannprobe, Rüdiger 1541.
— Probe und Herxheimersche Reaktion, Parallelismus, Houghton 1758.
— Reaktion, Finkelstein u. Aristowa 1122.
— — Gribanowa 1467.
— — Hopkins u. Brunet 1129.
— — Walker 1406.
— — und WR, Berry u. de Long 1406.
— Reaktionen, 300000, Bericht über, Kahn, Kendrick u. Landau 1759.
— — 26000, verglichen mit der WR, Hull 1759.
Kaupsche Methode Jaskolko 1538.
Komplementfixationsreaktion bei tertiärer Syphilis, Decker 1540.
Lipolytischer Koeffizient in verschiedenen Stadien der Syphilis, Gurewitsch u. Silbermann 1122.
Liquor bei gummöser Hautlues, Arzt u. Fuhs 1372.
Liquor, Spirochäten im, Ikegami 1123.
— — — Schönfeld u. Krey 1103.
— bei hereditär-luetischen Kindern, Ehara 1472.
— des kongenital-luetischen Kindes, Samson 1760.
Liquordiagnose und Impfmalaria, Bering 1158.
Liquoruntersuchungen bei kongenital-luetischen Kindern, Tezner 1759.
Liquorveränderungen, Kurmaß, Schreus u. Napp 1499.
Luetinreaktion, Beeinflussung durch Menschenserum, Lehner u. Rajka 1093.
Lumbalflüssigkeit, Spirochaeta pallida in der, Armuzzi 1398.
Lumbalpunktion, ambulante, Dattner 1759.
— — Dahmen 1759.
— ambulatorische, Eicke 1499.
— Zufälle, Wieder 1406.
Meerschweinchenserum und Trockenkomplement, Blumenthal u. Bermann 1129.
Meinickes Trübungsreaktion, Jakubowitsch 968.
— — Kuppenablesung, Elkeles 1758.
Müller-Ballungsreaktion, Franz 1727.
Neurolues u. Liquordiagnostik, Kulkow 968.
Normomastixreaktion, Meyer 1406.
Reaktionen nach Wassermann, Bauer-Hecht und Stern, Bernard u. van Boeckel 964.
Sachs-Georgi-Reaktion mit abgestuften Serummengen, Schmidt 1597.
Schellackreaktion im Liquor, Marchionini 968.
Sekundäre Syphilis mit negativer WR, Hudelo u. Rabut 1208.
Serologische Methoden, verschiedene, Techoneyres u. Pillement 1720.
Serum, reduzierende Wirkung, Gastou u. Lemay 1300.
Subokzipitalpunktion, Hoffmann 1499.
— Bedeutung, Kölliker 1759.
Trübung und Flockung, Methode, Dujarric, Gaillerand u. Kossovitch 1471.
Wassermann-Reaktion, abgeleitet von der Calmette- und Massol-Reaktion, Gaussen 1129.
— — antigene Fähigkeit der Galle bei, Michaelidès 1758.
— — Antigenzubereitung, Isopropylalkohol bei, Isham 1541.
— — Einfluß der Temperaturverhältnisse, Fraenkel u. Jolkner 1758.
— — Einfluß des Jodoforms, Gjorgjevitch u. Piévatchevitch 1104.
*— — Einschränkung der Bewertung der, Mühlpfordt 943.
— — Fehlerquelle, Bernhardt 1128.
— — Gennerich-Miliansche Reaktivierung, Boas 1998.

Digitized by Google

Wassermann-Reaktion, negative, mit klinischen Erscheinungen, Donato 1094.
— — — klinische Syphilis, Laurentier 1367.
— — positive, nach Milchinjektion, Cacioppo 1094.
— — praktischer Wert, Milian 1406.
— — seropositive, Schwankungen bei Spätsyphilis, Sézary, Pernet u. Gallerand 1758.
— — verbesserte Apparatur, Heimann 1728.
— — und Wasserstoffionenkonzentration, Stern 968.
Wasserstoffionenkonzentration, Eskuchen u. Lickint 1214.
Zerebrospinalflüssigkeit, Spirochäten, Armuzzi 1471.
Zucker- und Chlorgehalt des Liquor cerebrospinalis, Becker 1539.

5. Primäre Syphilis am Genitale und Reinfektion

Inkubation des Primäraffektes, verlängerte, Valverde 1751.
Lues I, Delling 1654.
Harnröhre, Primäraffekt, Mouls 1157.
Primäraffekt bei tripperkranker Frau, Onderka 1653.
— des Menschen und des Kaninchens, Histologie, Watanabe 1431.
Primäraffekte an den kleinen Schamlippen, Böttger 1652.
Reinfektion, Langer 1258.
— Fall von, Belgodère 1715.
— mit Lokalisation an der Brustwarze, Sorokin 1122.

6. Extragenitale Syphilisinfektion

Ammen, professionelle Infektion, Mirakjantz, 1465.
Kasuistik, Krüger 1099.
Kinn, Fuss 999.
Leicheninfektion, Zurhelle u. Strempel 1372.
— Hoffmann 1498.
Mamilla, Gravagna 1094.
Nase, Hirschbüchler 1119.
Nasenflügel, Lanteri 1155.
Nasenseptum, Zeisler 1380.
Oberschenkel, Riesenschanker, Stark 1204.
Ober- und Unterlippe, Haikin 1466.
Ohrmuschel, Milian u. Delarue 1535.
Unterlippe, Böttger 1652.
Wangen, Oppenheim 1118.

7. Sekundäre und tertiäre Syphilis der Haut und der Schleimhäute

Alopecia syphilitica diffusa, Delling 1653.
Condyloma latum im äußeren Gehörgang, Doczy 1720.
Elephantiasis ano-rectalis, Bertaccini 1373.
Erythema nodosum syphiliticum, Mgebrow u. Landa 1203.
Exantheme, kleinpapulöse, Bernhardt 1182.
Gangrän der unteren Extremitäten, Arutjunow u. Jordan 1101.
Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques bei zwei Brüdern, Hudelo, Mornet u. Cailliau 1534.
Gumma an der Nase, Delling 1652.
— der Ohrmuschel, Besproswanaja 1203.
— Erythema induratum vortäuschend, Mgebrow u. Löwenson 1203.
— in Röntgenhaut, Schubert 999.
Gummata mit Elephantiasis der Unterschenkel, Oppenheim 1149.
— nach Tabes dorsalis, Kaplun 1206.
— subcutanea, Gruss 1532.
Gummen an Stelle von Kalomelinjektionen, Fanti 1154.
Gummöse Lues des behaarten Kopfes, Höft 1179.
— Ulzerationen der Leiste, Pautrier u. Ullmo 1331.
Leucoderma syphiliticum, Frühwald 1652.
Leukatrophie des Nackens nach Lues, Habermann 957.
Lichen syphiliticus, Frühwald 1652.
Lues II, Böttger 1652.
— — Onderka 1653.
— III, Meyer 1000.
— — Smitt 1652, 1653.
— — u. Ca. nasi, Post 999.
— ulcerosa, Fuss 999.
Mikropapulöses Syphilid, Cappelli 1091.
Nase, gummöses Infiltrat, Geiger 1118.
Orbikuläres Syphilid, Balban 1324.
Phagedaena tertiaria, Marchisio 1373.
Pigmentsyphilid, Wahl 1099.
Psoriasis plantaris syphilitica, Smitt 1654.
Roseola annularis, Onderka 1654.
— rezidivierende, Delalande 1099.
Rupia syphilitica, Loewenstein 1258.
Syphilid, Negative Serumbefunde bei papulösem, Simon u. Bralez 1006.
Tuberöses Syphilid, Matras 1363.
Tuberoserpiginöses Syphilid, Eichhorn 1652.
Ulzeröses Syphilid, Planner 1119.
Ulzeröse Syphilis, Oppenheim 1362.
Zosteriformes Syphilid, Jeanselme 1100.

8. Syphilis des Nervensystems und der Sinnesorgane

Achter Gehirnnerv, Bedeutung für Prognose der frühsyphilitischen Erkrankungen, Memmesheimer u. Theissing 1655.
Iritis acuta nach Rekurrensimpfung bei Paralyse, Feilchenfeld u. Leibbrand 971.

Digitized by Google

Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten, Kafka 1301.
Kubitalneuritis bei Roseola syphilitica, Milian 1207.
Nervensyphilis, Behandlung mit Malaria, O'Leary 1764.
— Schwangerschaft und, Belote 1723.
— Unterscheidung von Früh- und Späterscheinungen, Fisher 1539.
Nervensystem bei exotischer Syphilis, André 1723.
— Konstitution und Syphilis des, Rasdolski 1723.
— Syphilis des, Siemerling 1404.
— Vorklinische Periode, Ravaut 1404.
Neurolues, Suchowa 1102.
Neuroluesbehandlung, Hecht 970.
Neurosyphilis, Fall von, Desparois 1404.
Paralyse, progressive, Skjar 1102.
— —, Steel u. Nicole 1158.
— — Behandlung, Jackson u. Free 1539.
— — — Weygandt 1765.
— — — mit Malaria tropica, Plehn 1765.
— — — — Kulturen von Spirochaeta Obermeier, Judin 1764.
— — der Bühnenkünstler, Heller 1499.
— — histologische Befunde, Freeman 1157.
— — Laboratoriumsbefunde, Winkelmann u. Wilson 1405.
— — Streptobazillen-Vakzin bei, Sézary u. Barbé 1764.
— — und Malaria, Sézary u. Barbé 1298.
— — — Rasse, Kanner 1539.
— — zur Frage, Pakheiser 1098.
Paralytiker, rechtliche Stellung, Claude 1434.
Paraplegie, syphilitische, Lenormand 1006.
Syphilis und Metasyphilis, Mulder 1723.
Syphilisbehandlung, Beziehung zur Metalues, Langer 1407.
Tabes dorsalis, Jugendlicher, Feldmann u. Chodorow 1206.
— Malariabehandlung, Schaeffer 1765.
— nicht spezifisch behandelt, Isacson 1465.
— Therapie, Kogerer 1434.
— Lues cerebrospinalis, Dreyfus u. Hanau 1157.
— und progressive Paralyse, Dujardin 1427.
— — sekundäre Syphilide, François-Dainville u. Lançon 1209.

9. Syphilis der inneren Organe, der Brustdrüse, der Lymphdrüsen und des Bewegungsapparates

Anämie, perniziöse, und Syphilis, Wyss-Chodat 1750.
Aorta, Syphilis der, Prokoptschuk 1753.
Aortensyphilis, Therapie, Schlesinger 1761.
Arthritis luetica, Adler 1260.
Bronchialasthma, Syphilis bei, Ramirez u. George 1539.
Bronchiale Formen, tertiäre, Sergent u. Benda 1101.
Diabetes, syphilitischer, Ulrich u. Eureisson 1722.
Eingeweide, Syphilisspäterkrankungen der, Grenet, Levent u. Pelissier 1009.
Endokrines System, Buschke u. Jost 1101.
Fieber, verkanntes, Audibert u. Toinon 1099.
Gelenke, gummöse Affektion der, Sissin 1204.
Glomerulonephritis praecox, Heim 1102.
Hämoglobinurie bei Syphilis, paroxysmale, Epstein u. Osstrowski 1721.
Hämoptoe syphilitischen Ursprungs, intermittierende, Platowski u. Tinker 1753.
Hepatitis, gummöse, Nisharadse 1722.
Herz, syphilitische Erkrankungen, Semetz 1721.
Herzgummen, Riesenzellen, Jansen 1380.
Ikterus, primärer, Nicaud 1100.
Innersekretorische luetische Störung s. Amenorrhoe.
Kehlkopfsyphilis und Lungentuberkulose gleichzeitig, Engelsher 1721.
Knochensyphilis am Unterkiefer, Pollosson u. Dechaume 1720.
Kreislauferkrankungen, antisyphilitische Behandlung, Jagić 1408.
Leber, Spätsyphilis, Frank u. Worms 1403.
Leberatrophie, akute, Beziehung zu Syphilis und Salvarsan, Ruge 1599.
Leberschwellung, gummöse, Wikker 1722.
Leberzirrhose, syphilitische, bei einem Kinde, Joukovsky 1722.
Luftwege und Mittelohr, Syphilis der, Orleanski 1722.
Lungensyphilis, Tarsis 1122.
Lymphdrüsen, bei Syphilis Gelenktuberkulose vortäuschend, Lapischeff 1122.
Magenlues, Denecke 1036.
— Herman 1036.
Mesaortitis syphilitica, Prognose, Heller 1720.
Mitralinsuffizienz und Syphilis, Grenet Levent u. Pellissier 1100.
Myokarditis, nicht erkannnte, Henry 1540.
Nierenaffektion, gummöse, Mariantschik 1723.
Parathyreoiditis syphilitica, Langeron, Déchaume, Delorc u. Jeannin 1404.
Parotis, Syphilis der, Eruchimowitsch u. Blumkin 1722.
*Parotis- und Submaxillardrüsen, symmetrische gummöse, Orchitis luetica sinistra, Mierzecki 1740.
Periostitis syphilitica der Tibia, Delling 1654.

Digitized by Google

Röntgensymptome syphilitischer Erkrankungen, Groedel 1036.
Viszerale Syphilis provoziert durch akute Infektion, Gougerot 1101.
Zuckergußleber, Peiser u. Nissel 1380.

10. Syphilis des Urogenitalapparates

*Amenorrhoe infolge luetisch bedingter innersekret. Störungen, Lewith 943.
Leukoplakie des Uterus, nachsyphilitische, Mériel 1660.
Orchi-Epididymitis syphilitica, Bobowitsch u. Linde 1538.
Orchitis syphilitica, Frühwald 1652.
Penis, spontane Amputation bei Syphilis, Poplawsky 1468.
Sterilität, luetische, Marcel 1750.
Uropoetisches System, Syphilis, Wohlwill 1101.

11. Hereditäre Syphilis; erworbene Syphilis im Kindesalter; Syphilis und Ehe

Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur, Müller 1761.
Bindehautinfiltration, kongenital-luetische, Weiss 1725.
Bullöses Syphilid bei hereditär-luetischem Säugling, Vatamanu 1715.
Dritte Generation, Syphilis bis, Bondurant 1400.
Endokrine Extrakte bei kongenitaler Lues, Wisniewski 1182.
Erbsyphilis, Feldmann 1122.
Hämorrhagien, meningeale, Rolle der Heredosyphilis, Schaeffer 1405.
Heirat der Syphilitiker, Milian 958, 959.
Hutchinsonsche Zähne, Shiga 1472.
Keratitis interstitialis, Milian 1464.
Kindesalter, erworbene Syphilis, Fernet 1099.
Kindliche Lues, Schicksal ungenügend behandelter Fälle, Stern 1726.
Klinische Formen bei kongenitaler Syphilis, Péhn 1156.
Knochenveränderungen, Feldmann 1467.
— bei kongenitaler Syphilis, Lindsay, Rice u. Selinger 1540,
Kommission zur Bekämpfung der Lues congenita, Raitz 1012.
Kongenitale Syphilis, neue Erkenntnisse zur, Carle 1008.
— — tausend Fälle, Smith 1364.
Leberlipase, chininresistente, im Serum luetischer Säuglinge, Frank u. Schrötter 1724.
Lues congenita, Müller 1000.
Mortalität bei Lues congenita, Hollmann 1724.
Narben am Mund, Bruhns 1258.
Nerven- und Geisteskrankheiten, Jahnel 1102.
Neurosyphilis, hereditäre, Forster 1155.
Osteomyelitis bei kongenitaler Syphilis, Thomson 1726.
Prophylaxe, Schestakowa 1724.
— der kongenitalen Syphilis, Toccardi 1156.
Paralytiker, Nachkommenschaft der, Widlocher 1725.
Plexus solaris bei kongenitaler Syphilis, Drepérié 1725.
Raynaudsche Krankheit und Lues hereditaria, Milian 959.
Resistente Syphilisfälle, Behandlung, Berson 1538.
Säuglinge, Behandlung, Cassel 1408.
Schwangere syphilitische Frauen, Behandlung, Belding 1540.
— und Gebärende, Syphilisbehandlung, Runge 1407.
Schwangerschaft, Syphilisbehandlung, Poli-Garnier 1407.
— und antiluetische Behandlung, Kristjansen 970.
Superinfektion bei kongenitaler Syphilis, Feldmann 1205.
— — — — Feldmann u. Sinani 1205.
— eines kongenitalen Syphilitikers, Tashiro 1129.
Syphilitische Früchte, Autopsien, McCorel 1724.
Tertiärstadium, Problem der kongenitalen Syphilis im, Hirsch 1725.
Tuberculum Carabelli, Bedeutung für Diagnose der kongenitalen Syphilis, Rachmanow 1754.
Übertragung bei kongenitaler Syphilis, Wege der, Wolfsohn 1727.
WR im Blut hereditär-luetischer Säuglinge, Brunetti 1156.
Zahndeformitäten, kongenital-luetische, Habermann 1724.

12. Prophylaxe und allgemeine Therapie der Syphilis

Abortivbehandlung, Pinard 1208.
— der Syphilis, Marras 1157.
*— Rezidiv nach, Hecht 1291.
Antisyphilitika, Kontrolle vom pharmakologischen Standpunkt, Meillère 1762.
— therapeutische Wirksamkeit der gebräuchlichen, Jeanselme u. Sézary 1762.
— Zufälle bei Behandlung, Tzanck 1762.
Elemente, 30, Heilwirkung bei experimenteller Syphilis, Levaditi 1762.
Früh- oder Spätbehandlung der Lues, Poehlmann 969.
Frühsyphilis, Behandlung, Barnewitz 1379.

Digitized by Google

Handelsmarine, Kampf gegen Syphilis in der, Vitoux 1719.
Heilbarkeit der Syphilis, Chesney u. Kemp 1727.
Luestherapie, Probleme, Fuss 1760.
*Paradoxe Wirkung spezifischer Luesbehandlung, Habermann 1500, 1773.
Prophylaktische Syphilistherapie, Minsker 1468.
Refraktäre Luesfälle, Therapie, Perutz 1408.
Rezidiv während Behandlung, Oppenheim 1362.
Seltene Hauterscheinungen bei antiluetischen Kuren, Kerl 1397.
Sozialer Standpunkt in der Luesbehandlung, Pandy 969.
Syphilisbehandlung, Pinkus 1654.
— Saalfeld 1131.
— moderne, Buschke u. Langer 1406.
Syphilisbekämpfung in „Karatschay", Loss 1205.
Therapie, 12 Jahre antisyphilitischer, Orphanides 1427.

13. Quecksilberbehandlung der Syphilis.

Kalomel, Nekrose der Kiefer nach, Loehe 1260.
Oleum cinereum, Stomatitis nach, Milian 1690.
*Sublimatinjektion, Nekrose nach, Lommer 1090.

14. Salvarsanbehandlung (einschl. kombinierte Salvarsanbehandlung) der Syphilis

Arsenerythem, vorherige Syphilide verschonend, Milian 1464.
Arsenobenzol Pieroni, Masia 1153.
Chininfeste Lipasen im Serum nach Salvarsan, Meyer u. Buschke 1433.
Chlorkalzium, Beseitigung der schädlichen Wirkung des Salvarsans, Lewin 1371.
Dermatitis nach Treparsol, Boutelier 1331.
Erythrodermia exfoliativa nach Stovarsol und U.-V.-Bestrahlungen, Amalric 959.
Hämorrhagien der Uterus- und Nasenschleimhaut nach Salvarsan, Louste, Cahen u. Vanbockstael 1535.
Leber, Einfluß der Arsenobenzolpräparate auf die, Lewin 1999.
— toxische Wirkung des Salvarsans, Lewin 1371.
Myosalvarsan, Kolle 1433, 1754.
— Schumacher 1580.
— klinische Erfahrungen, Hofmann 1763.
— Physiologie, Hopf 1146.
Neoarsphenamin, Inhalation von Parfüm, Bellenger u. Elder 1540.
Neosalvarsan, russisches, Toxizität, Samsonow 1466.
— Unschädlichmachung, Efron, Smeloff u. Kirchhoff 1122.
— Experimentelles, Takemaka, Watanabe u. Abe 1123.
— physiologische Kontrolle, Gley 1763.
— — — Launoy 1763.
— sterilisierende Kraft, Kolle 1469.
— — — Kritschewski 1469.
Salvarsanbehandlung und Metalues, Spitzer 1763.
Salvarsandermatitis, Böttger 1653.
— Kagelmann 1371.
Salvarsanexanthem, Eichhorn 1652.
— fixes, Habermann 957.
— im Dauerbad, Frühwald 1652.
Salvarsanfestigkeit der Rekurrensspirochäten, Kritschewski 1544.
Salvarsan-Hg-Jod-Gemisch zur Luesbehandlung, Ishewski 971.
Salvarsanpräparate, Methoden der Analyse, Breteau 1763.
Salvarsanresistente Lues, Nothhaas 1103.
*Scholtzsche Schläge, Wirkung, Oelze 1673.
Spirozid, Bruck 1500.
— bei Elephantiasis syphilitica, Oppenheim 1119.
*— — Frühlues, Bruck 1287.
— — kindlicher Lues, von den Steinen 1763.
— — Neugeborenen und zur Präventivkur, Klaften 971.
— — Rupia syphilitica, Oppenheim 1150.
— — Sarcocele syphilitica, Oppenheim 1150.
— Gumma des Unterschenkels und des Gaumens, geheilt durch, Oppenheim 1149.
Spirozidexanthem, Sußmann 1326.
Stomatitis nach Neosalvarsan, Avite 1095.
Stovarsol und Wismut bei Syphilis, Golossowker u. Mirkin 1468.
— Syphilisbehandlung mit, Kritschewski u. Sorinson 1754.
Stovarsolan, Exanthem nach, Perkel 1265.
Syphilisrückgang und Salvarsan, Jadassohn 1761, 1762.
— — — Ruge 1762.
— — — Schendel 1761.
Treparsol, Erythem nach, Milian 959.
Tryparsamid bei Nervensyphilis, Schwab u. Cady 1539.
Zinksalvarsan, Pinard u. Lafourcade 1207.

15. Wismutbehandlung der Syphilis

Arterielle Embolie nach Wismut, Gammel 1131.
Bismuthum subnitricum Resorption, Sonnenberg 1182.

Digitized by Google

Bismutsalze und Blutbild, Brunner u. Krakowska 1181.
Bisuspen, Polland 1131.
Erythrodermie nach Jod-Chinin-Wismut, Sézary u. Benoist 1536.
— — Wismut, Milian u. Lenormaud 1004.
Gangrän, Louste, Cahen u. Vanbockstael 1299.
— der Mundhöhle und Geschlechtsteile, Kistjakowski 1265.
Herpes nach Wismutanwendung, Sainz de Aja 1396.
*Magisterium Bismuti, prophylaktisch, Sonnenberg 1638.
Modenolvergiftung, Histologie, Heitzman 1408.
Russisches Wismut bei Kindern, Gitmann u. Königsberg 1466.
Spirobismol bei syphilitischen Spätformen Lucke 1434.
— solubile, Kohlenberger 1001.
— - und Penta-Bi-Behandlung, Katz 963.
Thioglykolsaures Wismut, Gruhzit, Lyons u. Perkins 1364.
Tod an hämorrhagischer Nephritis während einer Wismutbehandlung, Galliot 1005.
Vaskulomeningeale Schranke, Passieren des Wismut durch die, Mutermilch, Delaville u. Belin 1131.
Wismut, Anaphylaktische Empfindlichkeit, Gougerot u. Peyre 1541.
— isooxypropylendiarsinsaures, Laurent-Gérard u. Oechslin 1764.
— toxische Erscheinungen von seiten der Haut, Heiner 1764.
Wismutpräparate, russische — in der Syphilisbehandlung, Golosowker u. Klebanow 971.
— verschiedene, Grshebin 1131.
Wismutresorption, Gruhzit, Tendick u. Sultzaberger 1540.
Wismutretentionen, Guiberteau 1434.
Wismutsaum, Frühwald 1652.
— Löhe u. Rosenfeld 1468.
Wismutstomatitis, Onderka 1652.
Wismutthioglykoll, Gruhzit u. Sultzaberger 1540.
Wismutverteilung, Lomholt 1500.

16. Malariabehandlung der Syphilis (einschl. Fieberbehandlung)

Gefahren der Malariabehandlung, Schottmüller 1132.
Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis, Wagner u. Breinl 1103.
*Frühlues, kombinierte Malariabehandlung, Ritter 1488.
— Malariabehandlung der, Vonkennel 1301.
Malaria, therapeutische, Martini 1435.
*— und Syphilis, Behdjet u. Chakir 1351.
Malariabehandlung, Gougerot 1210.
— der resistenten Syphilis, Mulzer 1764.
— der Syphilis, Arzt u. Fuhs 1598.
Malariatherapie, Leitfaden der, Dattner u. Kauders 1757.
Meningeale Permeabilität während Malariabehandlung, Vonkennel 1500.
*Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis, Konrad 1526.
Nervensyphilis, Malariabehandlung bei, O'Leary 1263.

17. Sonstige Heilmittel bei Syphilis

Antimon bei Tabes, Kaufmann u. Schaaf 1434.
Fieberbehandlung der Paralyse, Würz 971.
Frühsyphilis, physikalische Behandlung, Nalbandow 1766.
Jodbehandlung, intravenöse, Schwartz u. Busman 1539.
Jodkali, Jodgehalt des Blutes nach, Wottschall 1568.
— und Jodnatrium intravenös, Ossipijantz 1466.
Kadmium als Antisyphilitikum, Lehnhoff 1541.
— Behandlung mit, Kislitchenko 1157.
Tellur, Ausscheidung, Levaditi u. Manin 1132.
— Heilwirkung, Levaditi u. Manin 1434.
— Präventivwirkung bei Syphilis, Levaditi u. Manin 1132.

Syringozystadenome, Frühwald 1652.
— Stein 1151.
Syringome, Buschke 1563.

Tätowierung, Gohen 1401.
*Tastfiguren, Erblichkeit, Leven 1229.
Teerkrebs, Balduzzo 1155.
— Immunisierung gegen, Fibiger u. Moeller 1336.
Teerpinselungen, Gewebsveränderungen, Korényi 1335.
Teersalbe bei Kinderekzem, Nelson u. Osterberg 1400.
Teertherapie, moderne, Galewsky 1568.
Telangiektasien, familäre, Dore 1264.
Tennosin, Exanthem nach, Frühwald 1652.
Terpentinabszesse, Wendt u. Weyrauch 1277.
Terpentindermatitis, Perutz 1372.
Testikelpräparat, Pastowsky u. Titow 1782.
Thallium, Dixon 1332.
*— aceticum, Behandlung parasitärer Erkrankungen des Kopfes, Lourier u. Zwitkis 1518.

Digitized by Google

*Thallium aceticum, Epilation, Stümpke 1055.
— — bei Pilzerkrankungen, Golosowker 1072.
— — — Trichophytie, Dowling u. Kelman 1072.
*— — Epilation, Anämie nach, v. Szentkiralyi 1083.
*— — — durch, Stern u. Grevel 1021.
— Einfluß auf den Brunstzyklus, Buschke, Zondek u. Berman 1039.
— und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Kleinmann 1469.
— zur Epilation, Landesmann u. Mgebrow 1002.
Thalliumalopezie, Linser 1501.
— Stein 1360.
Thalliumazetat, Twiston 1693.
— bei Pilzerkrankungen des Kopfes, Wolpert'as 1694.
Thalliumepilation, Buschke 1002.
*Thalliumröntgenepilation, Buschke u. Langer 1390.
*— Stümpke 1393.
Thalliumvergiftung, chronische, Olivier 1571.
— Einfluß auf die Nachkommenschaft, Ehrhardt 1571.
— gewerbliche, Buschke 1570.
— — Rube u. Hendricks 1570.
— Schädelveränderungen bei, Buschke 1571.
Therapeutica Cewega 1566.
Thrombosen durch intravenöse Einspritzung, Katzenstein 1047.
Tierblut gegen Prostatahypertrophie, Hintze 1186.
Tierfellnaevi bei einem Zwilling, Siemens u. Waardenburg 1370.
Tintenstifte, Verletzungen durch, Iselin 1631.
Togal, Exanthem nach, Smitt 1652.
Tonerde, kieselessigsaure, Mohrmann 1279.
Topovakzinebehandlung, Baumann 1663.
Toxikodermie, Rusch 1325.
Toxidermie, Endothelschädigung, Herrmann 1501.
Trichophytia superficialis, Frühwald 1653.
— — Behandlung, Kolosowski 1694.
Trichophytie, Karrenberg 958.
— am Fußrücken, Jeanselme u. Burnier 1005.
— bei Familienangehörigen, Pelévine u. Tschernogouboff 1658.
— — — Sabouraud 1659.
*— der Augenbrauen, Behdjet 1028.
— des Kopfes bei Erwachsenen, Mac Cormac 1264.
— — — Diagnose durch ultraviolettes Licht, 1715.
— — — Thalliumazetat bei, Dowling 1264.
Trichophitie, Einspritzungen Lugolscher Lösung, Ravaut, Duval u. Rabeau 1658.
— Erkennung durch Woodlicht, Vigne 1071.
— Immunität und Allergie, Harnach 1071.
— Thalliumazetat bei, Firth 1694.
Trichophytiefälle, Riehl jun. 1328.
Trichophytiehaare, Fluoreszenz in ultraviolettem Lichte, Roxburgh 1332.
Trichophyton glabrum, Epidemie durch, Ambrosoli 1506.
— tonsurans im hängenden Tropfen, Wilenczyk 1181.
Trichorrhexis areata, Galewsky 1504.
Trichotillomanie, Galewsky 1504.
Tropenmedizin, Joyeux 1303.
Tropikastamm, chininresistenter, Plehn 1765.
Tuberculosis fungosa, Loehe 1260.
— — cutis, Riehl 1120.
— miliaris, Melik 1093.
— — nasi, Beirach 1467.
— verrucosa cutis, Eichhorn 1652.
— — — Nothaes 1176.
— — — der Zehe, Böttger 1653.
— — durch Daumenlutscher, J. Duken 1379.
Tuberkelbazillen, perkutane Einverleibung, Koopmann 1378.
— Superinfektion mit, Wichmann 1502.
— Wirkung des Lichtes auf, Eidinow 1603.
Tuberkelbazillenstämme in Longs Nährboden, Saelhof u. Herrold 1377.
Tuberkelbazillus, Bakteriolyse, Richetfils 1075.
— die verschiedenen Typen, Rabinowitsch 1716.
— Inokulation in Kaninchenhoden, Shoji 1430.
Tuberkulid, lichenoides — des Nackens Unna jr. 958.
— papulonekrotisches, Pautrier u. Ullmo 1330.
— — Fuhs 1120.
— papuloannuläres, Duken 1715.
Tuberkulide im Gesicht, Pautrier u. Glasser 1330.
— papulonekrotische, Rusch 1325.
Tuberkulin in Diagnostik und Therapie, Scholz 1716.
— Spezifität, Zieler u. Hämel 1502.
Tuberkulindiagnostik, Unstimmigkeiten, Duken 1717.
Tuberkulinempfindlichkeit bei Meerschweinchen durch abgetötete Tuberkelbazillen, Lange, Freund u. Joachimsen 1718.
Tuberkulinexanthem, Volk 1324.
Tuberkulin-Kutireaktion, Einfluß des Faktors Haut auf, Valtis u. Portret 1717.

Digitized by Google

Tuberkulinreaktion, Nikolajew 1378.
— Spezifität, Zieler u. Hämel 1655.
— Verhinderung durch ultraviolette Bestrahlung, Carnot, Bénard, Biancani u. Azerad 1042.
Tuberkulöse Hautaffektion beim Säugling, Arzt 1325.
— Hautdefekte, Philoninsalbe bei, Knüsli 1379.
— Submentaldrüsenentzündung, Loust, Robert Cahen u. Vanbockstael 1533.
— Ulzera, Matrias 1328.
Tuberkulöser Organismus, Einwirkung von der Haut, Zinn u. Katz 1432.
Tuberkulose, Behandlung an der Nordsee, Haeberlin 1378.
— Calmettesche Schutzimpfung, Moeller 1718.
— der Haut, Reinkulturmethoden bei, Akiyama 960.
— — — Sanokrysin bei 1397.
— — Sporotrichosis gleichend, Wien u. Cornbleet 1752.
— eigenartige, Riehl sen. 1532.
— Exanthem der kindlichen, Uffenheimer 1699.
— exulzerierende, Cappelli 1091.
— Frühexanthem, Uffenheimer 1075.
— im Munde, Jeanselme, Lefèvre u. Willemin 1300.
— Impfung mit BCG, Poix 1718.
— in der Analgegend, Matras 1328.
— Infektion, Stoloff 1075.
— in Norwegen, Hartitz 1075.
— Langersche Impfstoff, Ossoinig 1075.
— Strahlenbehandlung, Hörnicke 1076.
— Submentaldrüsen, Louste, Cahen u. Vanbockstael 1299.
Tuberkulosefiltrat bei Meerschweinchen, Intradermoreaktion mit, Popper u. Raileano 1717.
— — Neugeborenen, Intradermoreaktion mit, Popper, Slobostano u. Raileano 1717.
Tuberkuloseinfektion von Meerschweinchen mit kleinsten Bazillenmengen, Levinthal 1717.
Tuberkuloseschutzimpfung, Langer 1718.
— der heutige Stand, Schlapper 1719.
Tularämie, Breinl 1377.
— mit Hauterscheinungen, Netherton 1689.
Tumor caudae equinae, Tabes vortäuschend. Nichtspezifisches Mal perforant du pied, Salkan u. Markus 1754.
Tumoren, maligne, Behandlung mit Blei, Lavedan 1069.
— — — — Toxinen von Erysipel, Coley 1069.
Tunica dartos, rhythmische Kontraktionen, Weicker 1160.
Tylosis, Zwillinge und, Tomkinson 1691.
Typhus exanthematicus nach Impfung bei Meerschweinchen, Mesnard 1376.
Typhusimpfung, örtliche Immunität, Golovanoff 1545.

Überempfindlichkeit am Gefäßpräparat infizierter Tiere, Friedberger 1546.
— des Gewebes nach Toxin-Antitoxingemisch, Gatewood u. Baldridge 1018.
Überempfindlichkeitserkrankungen der Haut, hämoklasische Krise bei, Lehner, Rajka u. Török 1597.
Überemfindlichkeitsübertragung von der menschlichen Haut auf das Kaninchenohr, Lehner u. Rajka 1017.
Ulcus cruris, Behandlung, Lippmann 1308.
— — — Maerz 1505.
— — kombinierte chirurgische Behandlung, Novaković 1365.
— — Thrombosierung und Zinkleim, Cannon u. Lowenfish 1399.
Ulcera mollia elevata, Böttger 1653.
Ulcus molle, Nardelli 1154.
— — am Fußrücken, Bubermann 1204.
— — Bakteriologie, Cartia 1373.
— — Behandlung mit Dmelcos, Gjorgjevitch u. Stéphanovitch 963.
— — Einfluß nach Syphilis, Pawlow 1466.
— — ekthymaähnliches, Gougerot 1538.
— — infundibuliforme, Sielberg 1265.
— — Nicollesche Vakzine, Maggiulli 1095.
— — Riesenschanker, Ravaut, Célice u. Vibert 1005.
— — und Autoinokulation, Kitchevatz 1750.
— — und Streptobazillen der normalen Harnröhre, Assis 972.
— — Vakzinebehandlung, Nicolau u. Banciu 1537.
— — Vakzinetherapie, Cortona 1154.
— — — di Vittorio 1374.
— — — Donato 1095.
— — Vakzin von Nicolle bei, de Candia 1153.
— — — — — — Maggiulli 1153.
— rodens, Behandlung, Cope 1333.
— — vulvae, Rieck 1187.
— vulvae acutum, Roederer u. Sloimovici 1330.
Ulerythema ophryogenes Unna-Taenzer, Delbanco 958.
Ultraviolettes Spektrum, wo liegt der „biologische Effekt", Sonne 1276.
Ultraviolette Bestrahlung, Wirkung des Hämatoporphyrins bei, Hausmann u. Sonne 1576.
— Strahlen im Körper des Kindes, Koeppe 1576.
— — lokale Wirkung der, Wail 1276.

Digitized by Google

Ultraviolette Strahlen, Wirkung, Kaplansky u. Soloweitschik 1042.
— — Zwischenfälle bei, Juster 1277.
— Strahlung, Sheard 1277.
— Zonen, Vorschlag einer Nomenklatur, Goodman 1752.
Ultraviolettlicht bei ulzerösen Prozessen, Wauchope 1603.
— biologischer Effekt, Higgins 1042.
— Durchlässigkeit, Sheard 1042.
Ultraviolettlichtstrahlen, Indikationen der, Dore 1575.
Ultraviolettstrahlen, Dosierung, Blumenthal u. Böhmer 1497.
Ultraviolettstrahlung des Sonnenlichtes und der Glühfadenlampen, Bundesen 1573.
Umschläge, feuchte, Wirkung, Herrmann 1266.
Umstimmung durch physikalische Therapie, Messerle 1570.
Unspezifische leistungssteigernde Therapie, Silberstein u. Segadlo 1595.
Unterschenkelgeschwüre, Therapie der, Schiller 1629.
Untersuchungsmethoden, klinische, Klopstock u. Kowarski 1303.
Ureterkontraktionen, Physiologie der, Rothmann 1187.
Ureterostium im Röntgenbild, Wurnig 1542.
Ureter, pharmakologische Untersuchungen am isolierten, Rothmann 1783.
Ureterstein, Nachweis nach Ziegler, Perlmann 1423.
Ureter und Unterleibsbeschwerden, Bethea 1008.
Urethralstriktur, Bruck 1175.
Urethraverletzung sub coitu, Hausmann 1783.
Urethritis, nichtgonorrhoische, Bilim 1466.
Urobenyl bei Infektion der Harnwege, Gaschke 1478.
Urologie, amerikanische, Joseph 1424.
— Nomenklatur, Paschkis 1424.
— und Gynäkologie, aus dem Grenzgebiet, Gorasch 1426.
Urologische Betrachtungen, Lévy-Dorn 1267.
— Diagnose, einige Leitsätze, Marion 1426.
Urotropin, Durchlässigkeit der Meningen für, Paulin u. Desrochers 1130.
— bei postoperativer und postpartaler Harnverhaltung, Matusovszky 1424.
*— in der Dermatologie, Behdjet 988.
Urticaria cum pigmentatione, Wertheim 1326.
— perstans, Soboleff 1265.
— pigmentosa, Rusch 1325.
— — bullöse Form, Hudelo, Dumet, Cailliau und Boissau 1208.
— — chronica, Ruete 999.
— — in adulto, Danel 1006.
Urtikaria, Behandlung mit Ephedrin, Kesten 1689.
— durch Kälte, Gougerot, Peyre, Moutet u. Bourdillon 1298.
— Glykokoll gegen, Glaessner 1047.
— Keimdrüsenhormone bei, Pariser 1629.
— Überempfindlichkeit gegen Kautschuk als Ursache von, Stern 1629.
— und Chokphänomene, Vallery-Radaut, Carrié, Blamoutier u. Laudat 1629.
*Uvalysat in der Urologie, Schubert 1294.
Vagina, Holzspan in der, Onderka 1652.
— septa und Uterus duplex, Frühwald 1651.
— Spülungen mit Wasserstoffhyperoxyd, Soós 1784.
Vaginalsekret, Reaktion, Huth 1365.
Vakzin, unspezifisches, Picado 1567.
Vakzination, Enzephalitis nach, Lucksch 1697.
Vakzine, Infektion und Immunität durch, Plotz 1697.
— und Eczema vaccinatum, Gins 1698.
Vakzinevirus, Kultur mit Gewebe von Hühnerembryonen, Levaditi 1074.
— Züchtung des, Walthard 1696.
Vakzinia, Frühwald 1653.
Varizella am Ort früherer Hautproben, Martmer 1698.
— gangränöse, Gordon 1699.
— Schutzimpfung, Meyer 1074.
— Studium über, Mitchell u. Fletcher 1698.
Variköse Unterschenkelgeschwüre, ambulante Behandlung, Aimes 1629.
Variolavakzine, zur Frage der, Morosow 1696.
Varizen, Behandlung mit Zuckerinjektionen, Moszkowicz 1628.
— der Unterextremität, Berntsen 1628.
Varizenentfernung, Gefahren, Hagen u. Padberg 1627.
Varizen und Injektionsbehandlung, Meisen 1628.
Vaterschaftsfragen und Papillarmuster der Fingerbeeren, Bennevie 1013.
Venerische Erkrankungen, Prophylaxe, Truffi 1094.
— Krankheiten, Epidemiologie, Buschke, Gumpert u. Langer 1212.
Venerismus unter den Studenten, Lass 1753.
Venerologische Sektion in Moskau, Rudnitzki 1212.
Veramonexanthem, Smitt 1652.
Verbände, druckfreie, Saalfeld 1505.
Verbrennung, Behandlung, Sokownina 1064.
— — nach Tschmarke, Reschke 1631.
— Bluttransfusion, Riehl jun. 1368.

Digitized by Google

Verbrennung durch galvanischen Strom, Frühwald 1652.
— 2. Grades, Smitt 1652.
Verbrennungen bei Kindern, Behandlung, Fraser 1631.
— Verband für, Frist 1278.
Verbrennungstod, Riehl jun. 1503.
Verjüngungskuren, Pariser 1211.
Verruca senilis und Keratoma senile, Freudenthal 1372.
*Virus, neurotropes syphilitisches, Lewin 1419.
Vitalfärbung mit Trypanblau und Lithionkarmin, Kusnetzowski 1547.
Vitaminanwendung bei Hauterkrankungen, Beck 1569.
Vitaminschäden, Einfluß auf bösartige Neubildungen, Erdmann, Haagen u. Börnstein 1335.
Vitiligo durch ultraviolette Strahlen, Juster 1067.
— Herxheimersche Reaktion, Kitchevatz 1536.
Volksbelehrung, hygienische, Frey 1271.
Vorhautschnitt, der dorsale, Herxheimer 1771.
Vulva, Elephantiasis der, Hudelo u. Rabut 1011.
— Occlusio im Kindesalter, Ochsenius 1479.
Vulvaödem während der Gravidität, periodisch rezidivierendes, Joachimovits 1783.
Vulvitis aphthosa und Erythema nodosum, Schnabl 1281.

Wärmestrahlen, therapeutische Wirkung, Dressler 1574.
Warzen, Suggestivbehandlung, Grumach 1667.
*Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei Dermatosen, Preininger 1679.
Weicher Schanker s. Ulcus molle.
Woodsches Licht, Meyer u. Saidman 1474.

Xanthom, Drake 1263.
— Hypercholesterolämie, Weidman 1400.
Xanthomatosis, Kutis und Hypercholesterinämie, Ingram 1714.
Xeroderma pigmentosum, Bertaccini 1091.
— — Cappelli 1091.
— — Lilienstein 956.
— — Melanokarzinom bei, Nicolas, Favre u. Dupasquier 1659.
— und Anormalitäten der Hautstruktur, Bumford 1752.

Yohimbin, Einfluß auf die vaginalen Brunstäußerungen des Nagerweibchens, Loewe, Lange, Voss u. Paas 1785.
Yohimbintherapie, experimentelle Gebietsabgrenzung, Loewe, Lange, Voss u. Paas 1020.

*Zervix, Diathermiebehandlung, Hoffmann 1058.
Zeugungsregelung, Meyenberg 1184.
Zink, Idiosynkrasie gegen, Pappenheimer 1275.
— in der Dermatologie, Bory 1020.
Zirkumoraldrüse der Katze, von der Ohe 1508.
Zucker bei Entstehung einiger Hautkrankheiten, Campbell u. Burgess 1262.
Zunge, brennendes Gefühl, Sellei 1672.
Zungenaffektion in Algier, Montpellier u. Catanei 1375.
Zungenkrebs, Behandlung, Quick 1624.
Zystenniere, Christeller 1714.
Zwillingseineiigkeitsdiagnose, Waardenburg 1014.
Zystitis, Argolaval bei, Schlüter 997.
— Arsenik bei, Gorski 1002.
— Behandlung, Segall 1781.
— — und osmotischer Druck, Schirokauer u. Zeltner 1186.
— bei Frauen, Rothmann 1008.
— Milchsäurepuffergemische bei, Düttmann 976.
Zystoskopie, Lückenlose, Jahr 1713.
Zystostomie s. Prostatektomie.

Digitized by Google

Namenverzeichnis

* bedeutet Originalarbeit

Abe, M., Spirochaeta icterohaemorrhagica 1123.
— — s. Domon.
— — s. Takenaka.
Adelmann, P., Gonacrin bei Tripper 1751.
Adler, Acrodermatitis atrophicans 1261.
— Arthritis luetica 1260.
Adler-Racz, A. v., Behandlung der Infektionen der Harnwege mit Autovakzine 1691.
*Adlersberg, D. u. Perutz, A., Regenerationsfähigkeit der Haut durch Insulin 1167.
Agronik, Ichthyosis 1121.
— Maschkilleisson u. Jukelis, Goldpräparate bei der Hauttuberkulose 1754.
Aimes, Ambulante Behandlung der varikösen Unterschenkelgeschwüre 1629.
Akiyama, K., Reinkulturen bei Hauttuberkulose 960.
Alberca, R., Aphthenvirus beim Meerschweinchen 1671.
Albl, H., Brenzkatechinderivate bei Melanose 1306.
Alexander, A., Dyshidrosis 1093.
— H. L. u. Eyermann, Ch. H., Ernährungsallergie bei Henochs Purpura 1753.
Almkvist, J., Leukoderm und Melanoderm 1008.
— 1499.
Alpern, D. E. u. Tretkewitsch, L. M., Entzündungsbegriff 1547.
Amalrie, M., Erythrodermia exfoliativa 959.
Ambrosoli, G. A., Achorion im Blute 1373.
— Epidemie durch Trichophyton glabrum 1506.
Anderson, S. M. s. Manson-Bahr, Ph.
André, Ektopische Niere. Nephrektomie, Nephrolithotomie 1751.
— Prostatazyste 962.
— Ch., Nervensystem bei exotischer Syphilis 1723.
Antoni, Schambergsche Krankheit 1174.
— 956, 1178.
Aoki, T., Pemphigus acutus febrilis 960.
Appel, J., 1132.
Aramaki, Y., Alopecia gradus 961.
Arawiskij, Syphilis bei den Schorzen 1122.
Arendt, J. s. Berliner.
Arijewitsch, A., Gonorrhoe bei kleinen Mädchen 1598.
Aristowa s. Finkelstein.
Armuzzi, G., Spirochäten im Liquor 1471.
— — s. Strempel.
— — Blauer Naevus 1506.
— — Spirochaete pallida im Liquor 1398.
Arning 955, 956, 957, 1174, 1175.
— Molluscum contagiosum 1176.
Artemenko u. Babadschan, Leishmaniose 1203.
Artom, Systematische Hyperhidrosis 1506.
— M. u. Fornara, P., Familiäre Recklinghausensche Krankheit 1155.
Arutjunow, G. u. Jordan, A., Gangrän bei Syphilis 1101.
Arzt, Cancer en cuirasse 1363.
— Lymphogranulomatosis cutis 1364.
— Mycosis fungoides 1532.
— Pagetsche Krankheit 1362.
— Schweißdrüsennävus 1363.
— Tuberkulöse Hautaffektion 1325.
— Zunahme der Lues 1324.
— L. u. Fuhs, H., Liquor bei gummöser Hautlues 1372.
— — — — — Malariabehandlung der Syphilis 1598.
— 1362, 1502.
— Leukämische Myelose 1502.
— Molluscum contagiosum 1120.
— Sarcoma idiopathicum 1152.
— Splenomegalie 1151.
— Leopold, 1430.
— u. Fuhs, Grenzstrahlen 1496.
Asai, J. s. Ishikawa.

Digitized by Google

Aschner, B., Gynäkologie und innere Sekretion 1010.
Assis, A. de, Ulcus molle und Streptobazillen der Harnröhre 972.
Assmann, H., Angioneurotische exsudative Diathese 1546.
— Lungenzeichnung 1035.
Aubertin, Ch., Blutbild bei Lymphogranulomatose 1716.
Audibert, V. u. Toinon, Ch., Verkanntes syphilitisches Fieber 1099.
Audry, Ch., Pityriasis versicolor und Frottieren 1537.
— — u. Vieu, Kurettement der tripperkranken Gebärmutter 1537.
Avite, Stomatitis nach Salvarsan 1095.
Axhausen s. Bode.
Axmann, Aurophos 1076.
Azerad s. Carnot.

Baastrup, Ch. J., Riesennierensteine 1690.
Babadschan s. Artemenko.
Bach, H., Grundsätzliches über Bestrahlungstherapie 1603.
Baer, H., Desitinsalbe 1040.
Bär, Th., 1001.
Bailly, J. s. Remlinger, P.
Baker, Th., Nichtvenerische Genitalinfektion 1770.
— T. Th., Vergleich von Lichtquellen in der Strahlentherapie 1574.
Bakscht, G., Genitalverletzungen sub coitu 1783.
Balban, Orbikuläres Syphilid 1324.
Baldridge, C. W. s. Gatewood, W. E.
Balduzzo, Teerkrebs 1155.
Ball, C. A., Nierenblutungen 1267.
Balog 1260.
— L., Gonorrhoebehandlung 1423.
Bancire, A. s. Nicolau, S.
Bannermann, R. G., Höhensonnewirkungen auf das Blut 1575.
*Baranoff, N. s. Kislitschenko.
Baranowa, O., Myxoedema tuberosum 1753.
Barbé, A. s. Sézary, A.
Barbellion, P., Chemotherapie 1159.
Barber, H. W., Benignes Lymphogranuloma 1656.
— — — Lichen nitidus 1263.
— — — Lupus erythematosus 1263.
— — — Mycosis fungoides 1656.
— — — Sarkoid 1263.
Barbier, G., Pagetsche Krankheit 1004.
— — Gauthier, R. u. Cailliau, Maligne Lymphogranulomatose 1004.
Barbilian, Voscoboinic, H. und Franke, Immunisierung durch Antivirus bei Gonorrhoe 1476.
Barduzzi, D., Einschleppung der Syphilis 1154.
Barg, G. S., Mikrobenwachstum in Bouillonkulturfiltraten 1215.
Bargehr, P., Abortiv verlaufende Lepra 1595.
Barnewitz, J., Behandlung der Frühsyphilis 1379.
— Röntgenspätulzera 1497.
— J., Übertritt von Brom in den Liquor 1130.
— 1499.
Barrio de Medina, J., Akridingelb bei Tripper 1397.
Bauer, J., 1063.
Baumann, J., Tropovakzinebehandlung 1663.
Baur, E., Fischer, E. u. Lenz, F., Erblichkeitslehre 1270.
Bayer, C., Ectopia testis perinealis 1185.
Beau, H., Erworbene Strahlenresistenz 1044.
Bechet, P. E., Institutsepidemie von Skabies 1476.
Beck, H., Vitaminanwendung bei Hauterkrankungen 1569.
Becker, Zucker- und Chlorgehalt des Liquor cerebrospinalis 1539.
— S. W., Kahnsche Flockungsprobe und Kolmersche Komplementfixation 1540.
— S. W., Melaninpigmentierung 1752.
Beeson, B. B., Krätzemilbe, geschichtlicher Überblick 1752.
*Behdjet, Houloussi, Primäre, akute Erythrodermie 1486.
*— — Trichophytie der Augenbrauen 1028.
*— H., Urotropin in der Dermatologie 988.
*— — u. Chakir, Syphilis und Malaria 1351.
Bejarano, J., Einfluß der Malaria auf Syphilis 1396.
— — s. Covisa.
Beinhauer, L. G., Für Ekzem prädisponierende Faktoren 1475.
Beirach, J., Tuberculosis nasi 1467.
Beizach, Kasuistik der Dermatitis herpetiformis 1538.
Belachow, Schilddrüsentransplantierung bei Psoriasis arthropathica 1665.
Belding, D. L., Behandlung bei syphilitischen schwangeren Frauen 1540.
Belgodère, Eigentümlichkeiten der luischen Ansteckung 964.
— G., Fall von Reinfektion 1715.
Belin, Impfversuche bei Maul- und Klauenseuche 1375.
— J. s. Mutermilch.
— M., Kultur des Aphthenvirus 1671.

Digitized by Google

Bellanger, H., Kokain zur Anästhesierung der Harnwege 975.
Bellenger, E. G. u. Elder, O. F., Neoarsphenamin und Inhalation von Parfüm 1540.
Belote, G. H., Schwangerschaft und Nervensyphilis 1723.
Bénard, H. s. Carnot.
Bencan, Champy, Ch. u. Keller, Th., Sexualhormone des weiblichen Tieres 1784.
Benda, R. s. Sergent.
*Bender, E., Goldsolreaktion im Liquor 1249.
Bennevie, K., Vaterschaftsfragen und Fingerbeeren 1013.
Benoist, F. s. Sézary, A.
Ben Schabetai, S., Scharlachheilserum bei Erysipel 1662.
Beretvàs, Krebs der Sternalgegend 1155.
Bergel, S., Herz und große Gefäße syphilitischer Kaninchen 1720.
— — Symptomenkomplex der Syphilis 1098.
— — Syphilis im Lichte neuer Untersuchungen 1719.
— — Unspezifische Reiztherapie 1398.
Bering, Fr., Liquordiagnose und Impfmalaria 1158.
Bering 1499, 1500.
Berliner, M. u. Arendt, J., Konstitution und Hautfeuchtigkeit 1213.
Bernhardt, H., Graessner, K., Grote, L. R., Lepehne, G., Magnus, E., Platz, O., van der Reis, V., Rosenberg, M. u. Weber, A., Funktionsprüfung innerer Organe 1009.
Bermann, H. s. Blumenthal.
— L. s. Buschke, A.
Bernard, R. u. van Boeckel, L., Luesreaktionen 964.
Bernardbeig, J. M., Nervendurchschneidung bei Ödembereitschaft 1216.
Bernhardt, E., Fehlerquelle der WR 1128.
— R., Kleinpapulöse Exantheme 1182.
Berntsen, A., Varizen der Unterextremität 1628.
Berry, F. u. de Long, G. M., Kahnsche Reaktion 1406.
Berson, Behandlung resistenter Syphilisfälle 1538.
Bertaccini, Alopezie 1091.
— G., Elephantiasis ano-rectalis 1373.
— Xeroderma pigmentosum 1091.
Besproswanaja, Gumma der Ohrmuschel 1203.
— Parapsoriasis en gouttes und en plaques 1121.
Bethea, W. R., Ureter und Unterleibsbeschwerden 1008.
Bettmann, Dermatographie 1501.
— S., Kapillarmikroskopie und histologisch nachweisbare Gefäßveränderungen 1019.
*— — Kapillarmikroskopische Untersuchungen 1605.
— 1497, 1501.
Bézy, P., Akrodynie im Kindesalter 1659.
Biancani, E. s. Carnot.
Biberstein, H., Diphtherie der Haut 1632.
Riedl, A., Endokrine Bedingtheit der Konstitution 1016.
Bienvenu s. Gouin.
Bierich 1174.
Bilim, Nichtgonorrhoische Urethritis 1466.
Bindermann, Degea bei Psoriasis 1530.
— 1531.
Bine, R., Hodgkinsche Krankheit 1066.
Bircher, E., Schwefeltherapie chirurgischer Krankheiten 1568.
Birkenfeld, W., Hypospadie, Operation 1771.
Birkhaug, K. E., Toxin von Streptococcus erysipelatis bei Erysipel 1663.
Birnbaum, G., Lupus erythematodes 1367.
— Georg, 1104, 1430.
Bitschai, J., Harnleiterrückfluß 1424.
— — Spontanruptur der Blase 1425.
Blaisdell, J. H., Epidermophytie als Gewerbekrankheit 1690.
Blamoutier, P. s. Vallery-Radaut, P.
Blatt, O. s. Lesczynski, R. v.
— P. u. Markus, A., Lymphogranulomatose der Prostata 1783.
Bloch, B., Melanoepitheliome 1367.
— Br., Haut und Stoffwechsel 1066.
— — Serotherapie in der Dermatologie 1303.
— 1502.
— Br., u. Schaaf, F., Pigmentstudien 1306.
— E., Raynaudsche Krankheit und Hypophyse 1665.
Bloodgood, J. C., Plaut-Vincents Angina 1070.
*Blotevogel, W., Sexualhormone 1179, 1319.
Blumenthal, G. u. Bermann, H., Meerschweinchenserum und Trockenkomplement 1129.
— u. Böhmer, Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen 1495.
— — — Ultraviolettstrahlen 1497.
Blumer, L., Quarzlampe mit Diathermieapparat betrieben 1603.
Blumkin s. Eruchimowitsch.

Digitized by Google

Boas, Gennerich-Miliansche Reaktivierung der WR 1498.
— H., Kahnsche Flockungsreaktion 1268.
Bobinskaja-Strelinskaja s. Finkelstein, J.
Bobowitsch u. Linde, E., Orchi-Epididymitis syphilitica 1538.
Bobroff, N. u. Kogan, F., Hämogramm bei inneren Hautkrankheiten 1018.
Bode, O. u. Axhausen, J., Erfahrungen mit Saprovitan 1568.
Boeckel, L. van s. Bernard, R.
Böhmer, Lichtbehandlung des Erysipels 1497.
— s. Blumenthal.
Boenheim, F., Inkrete und Wasserhaushalt 1425.
Börnstein, K. s. Erdmann, R.
*Boesmann u. Schwahn, Instrumentarium zur Behandlung der Gonorrhoe 1769.
Böttger, Herpes zoster bei einer mit Salvarsan behandelten Syphiliskranken 1652.
— Ichthyosis und Lues II 1652.
— Leukoderma psoriaticum 1653.
— Lues II 1652.
— Narben nach Herpes zoster 1652.
— Primäraffekte an den kleinen Schamlippen 1652.
— Primäraffekt der Unterlippe 1652.
— Salvarsandermatitis 1653.
— Tuberculosis verrucosa cutis 1653.
— Ulcera mollia elevata 1653.
Bogad, J., Chloraminbehandlung der weiblichen Gonorrhoe 1159.
Bojewskaja, Aktivmethode 1121.
Boissau s. Hudelo.
Bolognesi, G. u. Chiurco, A., Chirurgische Mykosen 966.
Bommer, S., Hautuntersuchungen im gefilterten Quarzlicht 1693.
Bond, W. R. s. Haag, H. B.
Bondurant, C. P., Syphilis der 3. Generation 1400.
Bonne, C., Geschwülste bei Teertieren 1668.
Bonnet, H. s. Debré, R.
Borak, J., Karzinom 1045.
Bordier, H., Röntgenkrebs 1046.
Bory, L., Zink in der Dermatologie 1020.
Bosellini 1548.
Bouet, G. s. Sacquépée, E.
Bourdillon s. Gougerot.
Boutelier, A., Dermatitis nach Treparsol 1331.
Bowman, K. M. u. Clark, E. C., Poikiloderma atrophicans 1365.
Braeucker s. Habermann.
Bralez, J. s. Simon, Cl.
Brandes, A., Harntaschenbildung in der weiblichen Harnröhre 1479.
Brauer, A., Keratoma dissipatum hereditarium palmare et plantare 1600.
Breinl, F., Tularämie 1377.
— — s. Wagner.
Breit 958.
Breitländer, K. u. Lasch, C. H., Röntgenbestrahlung und Eiweißkörper 1044.
Breitschwerdt, R., Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1480.
Breteau, P., Salvarsanpräparate. Methoden der Analyse 1763.
*Briel, J., Spätformen des Lichen ruber 1633.
— — s. Hartmann.
Brill, Ernst Heinrich, Analytische Untersuchungen des Schweißes 1501.
Brinitzer, Botryomykose 958.
— Hydroa aestivale und Primeldermatitis 958.
Briskin, Hautatrophie 1467.
Brocher, W., Primelidiosynkrasie 1275.
Broderson, Dermographismus und Sonnenbäder 1275.
Brodier, L. s. Milian, G.
Brodski u. Leiter, Spermakultur 1002.
Bronner, W., Zum Jubiläum der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1754.
Brooke-Bland, P., Granuloma inguinale 1267.
Brouha, L. u. Simonnet, H., Verteilung des Follikulins im Organismus 1785.
Bruck, Dermatitis exfoliativa 1175.
— Dermatitis nodularis necrotica 1175.
— Spirozid 1500.
— Urethralstriktur 1175.
— C., Behandlung des Hautjuckens 1631.
*— — Spirozid bei Frühlues 1287.
Brüning, F., Gefäßinnervation 1213.
Bruhns, Lues congenita 1258.
— Pityriasis lichenoides 1258.
— C., Psoriasisbehandlung 1661.
Brumlik, M. s. Lehndorff, H.
Bruni, C., Doppelter Penis 965.
Brunner, E. u. Krakowska, Z., Bismutsalze und Blutbild 1181.
Brunet, W. M. s. Hopkins.
Brunetti, F., WR hereditär-luetische Säuglinge 1156.
Bruns, G. u. Vollmer, H., Galvanisierung, intrakutane 1508.
Bruynoghe, R., de Greef, Et. u. Dubois, A., Recurrens 1103, 1131.
Bubermann, Nodosité juxta-articulaire 1204.
— Weiches Geschwür am Fußrücken 1204.

Digitized by Google

Buchbinder, Erythema induratum 1177.
— Glossitis exfoliativa 1177.
Bucky, G., Grenzstrahlentherapie 1013, 1403, 1620.
— 1497.
Bühler, Ch., Pubertätsverlauf 1188.
Bumford, P. B., Xeroderma und Anormalitäten der Hautstruktur 1752.
Bundesen, H. N., Ultraviolettstrahlung des Sonnenlichtes und der Glühfadenlampen 1573.
Burgdörfer, F., Frauenüberschuß 1188.
Burgess, J. F., Endogene Reizursachen für Ekzem 1688.
— — — s. Campbell, P. G.
Burlanescu, C., Hydrozele 1126.
Burnett, F. L., Kontrolle nach Ekzem 1263.
Burnier u. Rejsek, Lichen nitidus 1536.
— s. Jeanselme.
Burrows, M. T. u. Jorstad, L. H., Ursache des Wachstums der Öltumoren 1336.
Buschke, Acrodermatitis atrophicans 1563.
— Anetodermie 1563.
— Blastomykosis 1020.
— Disseminierter Lupus erythematodes 1259.
— Fall zur Diagnose 1259.
— Gewerbedermatitis 1563.
— A., Gewerbliche Thalliumvergiftung 1570.
— Gonorrhoische Hyperkeratose 1259.
— — Sepsis 1563.
— Hyperkeratose der Handteller und Fußsohlen 1563.
— Impetigo herpetiformis 1563.
— Karzinom der Oberlippe 1259.
— A., Keratoma dissipatum naeviforme palmare et plantare 1600.
— Lupus erythematodes im Gesicht 1563.
— Mykose der Fingernägel 1259.
— A., Plasmochin bei Pemphigus vulgaris 1305.
*— — Salzsäure bei Sklerodermie 1077.
— — Schädelveränderungen bei Thalliumvergiftung 1571.
— Sklerodermie und Sklerodaktylie 1259.
— Skleroedema adultorum 1563.
— Syringome 1563.
— Thalliumepilation 1002.
— 1259, 1260, 1261, 1296, 1563, 1564.
— A. u. Bermann, L., Wirkung von Metallsalzen auf die Brunst der Maus 1273.
— — — Curth, W., Psoriasis und endokrines System 1304.
— — Gumpert, M. u. Langer, E., Venerische Krankheiten 1212.
— — u. Jost, W., Syphilis und endokrines System 1101.
Buschke, A. u. Langer, E., Kopfhalter 1470.
— — — — — Syphilisbehandlung 1406.
*— — — — Erich, Thalliumröntgenepilation 1390.
— — — Michael, M., Pigmentationen nach Wärmeapplikation 1667.
— Zondek u. Berman, Thallium und Brunstzyklus 1039.
— F. s. Meyer.
Busman, G. J. s. Schwartz, L. L.
Bussalai, L., Indikanämie bei Ekzem 1154.

Cacioppo, L., WR nach Milchinjektion 1094.
Cady, L. D. s. Schwab, S. J.
Cahen, R. s. Louste.
Cailliau s. Barbier, G.
— s. Hudelo.
— s. Louste.
Callenberg, J., Behandlung der Psoriasis 1660.
Callomon, F., Ansteckende und nichtansteckende Geschlechtskrankheiten 966.
Campbell, P. G. u. Burgess, J. F., Zucker bei Entstehung einiger Hautkrankheiten 1262.
Camus, L., Einschleppung der Pocken 1696.
Candia, G. de, Weicher Schanker, Vakzin von Nicolle bei 1153.
Cannon, A. B. u. Lowenfisch, F. Ph., Ulcus cruris 1399.
— — — — Ornstein, G. G., Tuberkulin bei Lupus erythematodes 1475.
Cappelli, Bromoderma 1091.
— Hautimmunität 1470.
— Hauttuberkulose 1091.
— Lepra tuberosa 1091.
— Mikropapulöses Syphilid 1091.
— Pemphigus 1091.
— Xeroderma pigmentosum 1091.
Caridroit s. Pézard.
Carle, M., Neues zur kongenitalen Lues 1008.
Carnot, P., Bénard, Biancani u. Azerad, Tuberkulinreaktion 1042.
— — u. Terris, E., Vernarbung durch Extrakte embryonalen Gewebes 1064.
Carrel, A., Arsensarkom 1336.
— — Sarkomatöse Fibroblasten 1374.
Carrié, P. A. s. Wallery-Radaut, P.
Carry, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 964.
Cartia, B., Bakteriologie des Ulcus molle 1373.
Casariego, A. G., Prostatotomie bei Urinverhaltung akuter blennorrhoischer Prostatitiden 1751.
Caspari 1174.

Digitized by Google

Cassel, J., Behandlung syphilitischer Säuglinge 1408.
Cassuto, A., Purpura der Harnblase 1772.
Castellino, P. G., Autovakzine bei Tripper 1374.
Catanei, A. s. Montpellier, J.
Cathelin, F., Behandlung großer Blasenerweiterungen 975.
Cavallucci, U., Syphilitische Polyarthritis deformans 1427.
Cazenave, E., Creeping Disease 1125.
Célice, J. s. Ravaut, P.
Chajes, Gewerbliches Ekzem 1258.
— 1563.
Chakir, Nazim s. Behdjet 1351.
Chalipski u. Pechur, Quarzlicht 1466.
Champy, C. u. Gley, E., Spezifische Wirkung des Corpus luteum auf den Genitaltraktus 1784.
— Ch. s. Bencan.
Chasanoff s. Mkretitschjanz.
Chassin u. Silajenkoff, Gonokokkenhaltige Bouillonfiltrate 1467.
Chatellier, Gesichtsgeschwulst 1300.
— u. Rigaud, Lupus der Zunge 1300.
Chauvin, E., Doppelte Harnröhre 1426.
Chavany, J. A., Natr.-salicyl.-Einspritzungen 1047.
Chesney, A., Immunität bei Syphilis 1601.
— A. M. u. Kemp, J. E., Heilbarkeit der Syphilis 1727.
Chiurco, A. s. Bolognesi, G.
Chlebnikoff s. Rosental.
Chodorow u. Faingold, Chromgeschwüre 1206.
— s. Feldmann.
Choroschin, Geschlechtskranke in ländlichen Bezirken 1206.
— Rückgang der Syphilis 1122.
Christeller, E., Penistuberkulose 1714.
— — Zystenniere 1714.
Chwalle, R., Divertikeln der Harnleitermündung 1692.
Ciambellotti, Hyperpexie 1092.
Cirillo, G., Balanitis 1096.
Clark, E. C s. Bowman, K. M.
Claude, H., Rechtliche Stellung der Paralytiker 1434.
Cohen, H. s. Gougerot, H.
Cola s. Rémont.
Cole, H. N., Haarfärbemittel 1041.
Coley, W. B., Toxinbehandlung maligner Tumoren 1069.
Colonieu s. Montpellier.
Colquhoun, K. G., Keratose nach Quarzlampenbehandlung 1714.
Cooperman, M. B., Arthritis gonorrhoica bei Kindern 1767.
Cope, Z., Ulcus-rodens-Behandlung 1333.
Cornbleet, T. s. Wien, M. S.
Corten, M. H., Eosinophile Lymphome der Hühner 1378.
Cortona, E., Ulcus molle 1154.
Cottenot, P., Indirekte Röntgenbestrahlung 1474.
— — s. Zimmern, A.
Coutard, H. s. Regaud.
Covisa, J. S., Sanokrysin 1397.
— — — u. Bejarano, J., Papulonekrotische Effloreszenzen durch Tuberkulin 1396.
— — — Bejarano, J. u. Prieto, J. G., Lymphogranulomatose 1397.
Craver, L. F., Hautsarkom, behandelt mit ungefilterten Röntgenstrahlen 1475.
Cowen, L. B., Blennorrhoische Knocheninfektionen 1691.
Creyx, Ichthyosis. Desensibilisierungsverfahren 1546.
Crosti, A., Zoster bei Sklerodermie 1470.
Crowell-Charlotte, A. J., Behandlung von Prostatikern 1268.
Cuccia, Gonorrhoische Infundibulitis 1094.
Cumberbatch, E. P., Elektrische Therapie und Diathermie 1627.
Cummer, C. L., Dermatitis durch Perubalsam 1476.
Curth, W. s. Buschke, A.

Dahmen, O., Ambulante Lumbalpunktion 1759.
— — s. Habermann, R.
Dalsace, J. s. Letulle.
Dammann, F., Pyodermia serpiginosa 1595.
— 1430.
Danel, L., Hidradénome 1537.
— — Urticaria pigmentosa in adulto 1006.
Danforth, C. H., Hypertrichosis 1303.
Danhiez, P., Große Niereninfarkte 1751.
Dannmeyer, F. s. Peemöller, Fr.
Dattner, B., Ambulante Lumbalpunktion 1759.
— — u. Kauders, O., Leitfaden der Malariatherapie 1757.
Danhiez, P. s. Potel, G.
Dautwitz, Äußere Bestrahlung 1038.
— F., Äußere Bestrahlung mit radioaktiven Substanzen 1625.
David, Ch., Moderne Gonorrhoebehandlung 973.
— 1497.
— s. Louste.
Davies, J. H. T., Colloid-Milium 1264.
Debré, R., Bonnet, H. u. Lamy, M., Masernexanthem an Stelle einer Dickschen Reaktion 1695.

Digitized by Google

Debré, R., Bonnet, H. u. Lamy, M., Zeitweiliges Verschwinden der Dickschen Reaktion 1695.
— — u. Lamy, M., Scharlachempfänglichkeit 1073.
— M. R. u. Petot, Cl., Kindliche Akrodynie 1666.
Déchaume, J. s. Langeron.
— M. s. Pollosson, E.
Decker, H. B., Komplementfixation — Reaktion bei tertiärer Syphilis 1540.
Defrise, A. s. Verriotis.
Dehler, H., Strahlenbiologie des Krebses 1044.
Delalande, J., Rezidivierende Roseola 1099.
Delarue s. Milian.
Delaville, M. s. Mutermilch.
Delbanco, E., Einwirkung des elektrischen Stromes auf Krebszellen 1333.
— Kankroid der Nasenhaut 957.
— Präkanzerose des Penis 1179.
— Ulerythema ophryogenes 958.
— 956, 958, 1063, 1174, 1175, 1177, 1178, 1179, 1788.
Delbet, P. u. Mendaro, Brustdrüsenkrebse 1010.
Delling, Alopecia syphilitica diffusa 1653.
— Blennorrhoische Hodenfistel 1652.
— Gumma an der Nase 1652.
— Lues I 1654.
— Periostitis syphilitica der Tibia 1654.
Delmas, E., Salbe 1210.
— — Zoster der Vorhaut 1210.
Delord u. Villard, Augenerkrankung durch Vakzine 1376.
Delore, P. s. Langeron.
Del Piano, Lichen planus 1154.
Del Vivo, G., Immunität nach Besredka 1470.
Dembo, L. H. u. Fisher, J. E., Kinderekzem 1064.
Denecke, Magenlues 1036.
Desmedt, P. s. Maisin.
Desparois, G. B., Neurosyphilis 1404.
Desrochers, G. s. Paulin.
Determan, Erythemwirkung 1039.
*Deussen, E., Zur Kenntnis der Bukkoblätter 1745.
Deycke, G., Behandlung der Lepra 1377.
Dietel, F., Degenerationsformen der Gonokokken 1398.
— — Hodenstütze 1185.
Dietlen, Röntgenuntersuchungen der Lunge 1035.
Diss, A. s. Pautrier, L. M.
— — s. Roederer, J.
Dittrich, O., Lues und Provokation 1370.
Dixon, W. E., Thallium 1332.
Dobrotworski, W. J., Operative Behandlung der Hyperhidrosis 1692.
*Dóczy, G., Behandlung der Psoriasis vulgaris mit innersekretorischen Präparaten 1708.
*— — Ninhydrinreaktion bei Dermatosen 1685.
Doczy, G., Condyloma latum im äußeren Gehörgang 1720.
Dörffel, J., Krampfaderverödung 1656.
— Kalkablagerungen in der Haut 1503.
Dörner, Auligen 1279.
Dolch, E. G. s. Toomey.
Dold, H., Menschenpathologische Bakterien des Kaninchens 1215.
— — Scharlachstreptokokken 1543.
*Dombrowsky, A., Recklinghausensche Krankheit 1513.
Domon, O. u. Abe, M., Kaninchen mit paranasaler Syphilis 1430.
— — — Shimoda, T., Inkubation der Kaninchensyphilis 1430.
Donath, J. u. Heilig, R., Welche Substanzen erzeugen Fieber 1274.
Donato, G., Generalisierter Favus 1506.
— — Negative WR 1094.
— Weicher Schanker 1095.
Dore, S. E., Familiäre Telangiektasien 1264.
— — — Indikationen der Ultravioletthlichtstrahlen 1575.
— — — Pemphigus vegetans 1657.
Dorsey, Th. M., Gonorrhoe bei Frauen 1008.
Drake, J. A., Erythromelalgie 1656.
Driak, F., Hämorrhagien nach Strumektomie 1665.
Druckmann, A. s. Garry.
Douris, R., Gegenseitige Einwirkung des Blutserums 1129.
Dowling, G. B., Epithelioma adenoides cysticum 1264.
— — — Lichen nitidus 1401.
— — — Trichophytie des Kopfes 1264.
— — — Rezidivierende Affektion 1264.
— — — u. Kelman, R., Thallium aceticum 1072.
Doxiadis, P., Behandlung von Hautschädigungen 1569.
Draganesco, St. s. Marinesco, G.
Drake, J. A., Lupus disseminatus 1264.
— — — Xanthom 1263.
Dressler, Th., Therapeutische Wirkung der Wärmestrahlen 1574.
Dreyfus, G. L. u. Hanau, R., Malariabehandlung der Lues cerebrospinalis 1157.
Drouet, G., Serumzufälle 1546.
Dubois, A. s. Bruynoghe.
du Bois, Ch., Entwicklung der Dermatologie 1480.

Digitized by Google

Dubois, R., Kantharidinwirkung auf Prozesse epithelialen Ursprungs 1569.
Dubreuilh, Interdigitale Läsionen 1329.
— W. 1672.
Ducourtioux s. Louste.
— s. Ravaut.
Düttmann, G., Milchsäurepuffergemische bei Zystitis 976.
Dujardin, B., Tabes und progressive Paralyse 1427.
Dujarric de la Rivière, R., Gaillerand, L. u. Kossovitch, N., Trübung und Flockung 1471.
Duken, Papulo-annuläres Tuberkulid 1715.
— J., Tuberculis verrucosa durch Daumenlutschen 1379.
— Unstimmigkeiten der Tuberkulindiagnostik 1717.
Dumet s. Hudelo.
Duncan, J. G., Parfümflasche in der Blase 1692.
Dupasquier, D. s. Nicolas, J.
Dupérié, R., Plexus solaris bei kongenitaler Syphilis 1725.
Dupont, A., Granulosis rubra nasi 1330.
Dupuy-Dutemps s. Louste.
Durdello, E., Gonokokkenvakzine 1366.
— — Psoriasis, Lipasen 1365.
Durupt u. Noguès, Latente Gonokokken 1426.
Duval s. Ravaut, P.
Duwé, G., Miliares Lupoid 1474.

Ebel, Lupus und Lues III 1177.
Efron, Smeloff u. Kirchhoff, Unschädlichmachung der Novosalvarsan-Präparate 1122.
Egyedi, Hämaturie 1011.
Ehara, J., Liquor bei hereditär-luetischen Kindern 1472.
Ehrhardt, K., Thalliumvergiftung und Nachkommenschaft 1571.
Ehrismann, O., Pharmakologische Gesichtspunkte bei endokrinen Präparaten 1569.
Eichhorn, Fall zur Diagnose 1651.
— Lupus erythematosus 1651.
— — — discoides 1651.
— Pityriasis rosea 1651.
— Pigmentationen nach Schälkur 1652.
— Salvarsanexanthem 1652.
— Sarcomatosis cutis 1653.
— Tuberculosis verrucosa cutis 1652.
— Tuberoserpiginöses Syphilid 1652.
Eichler u. Rottmann, Mycosis fungoides 1504.
Eicke, Ambulatorische Lumbalpunktion 1499.
Eidinow, A., Wirkung des Lichtes auf Tuberkelbazillen 1603.
Eisenstaedt, J. S., Leistenhodenoperation 1478.
Eitel, W., Primeldermatitis 1275.
Eitner, E., Hypertrichosisbehandlung 1693.
Elder, O. F. s. Bellenger, E. G.
Elkeles, G., Kuppenablesung der Meinickeschen Trübungsreaktion 1758.
Eller, J. J., Röntgenstrahlen in der Dermatologie 1277.
Ellers, O., Kupferdermasan 1274.
Ellison, J. B., Behandlung der Impetigo contagiosa mit Ultraviolettlicht 1632.
Elwert, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1480.
Emanuel, G. u. Rosenfeld, H., Emanuelsche Mastixreaktion 1759.
*Engelhardt, W., Sproßpilzbefunde bei Pemphigus 1337.
Engelsher, D. L., Kehlkopfsyphilis mit Lungentuberkulose 1721.
Enselme, M. u. J., Stoffwechsel des bestrahlten neoplastischen Gewebes 1548.
— J. s. Enselme, M.
Epstein, Autohämotherapie und Kollargolbehandlung 1159.
— M., Eigenblut und Kollargol bei Gonorrhoe 973.
— u. Osstrowski, Paroxysmale Hämoglobinurie bei Syphilis 1721.
Erdmann, R., Haagen, E. u. Börnstein, K., Vitaminschäden und bösartige Neubildungen 1335.
Erkens 1461.
Ernst, M., Hormonale Wachstumsantriebe der Brustdrüse 1214.
Erskine, A. W., Wirksame und ökonomische Filterung 1622.
Eruchimowitsch u. Blumkin, Syphilis der Parotis 1722.
Eskuchen, K. u. Lickint, F., Wasserstoffionenkonzentration im Liquor 1214.
Everett, J. G. s. Ewins, A. J.
Ewins, A. J. u. Everett, J. G., Organische Arsenverbindungen 1654.
Ewreisson s. Ulrich.
Eyermann, Ch. H. s. Alexander, H. L.

Fabry, J., Diabetes und Hautkrankheiten 1665.
Fahlberg, O. F. s. Kalinin.
*Faingold, L. u. Kalsada, N., Venerische Krankheiten in Odessa 1032.
— s. Chodorow.
— s. Unikel.
Falcao, Zeferino 1104.
Falkenburger, F., Zur Geschichte der Geschlechtskrankheiten 1787.

Digitized by Google

Fanti, Gummöse posttraumatische Syphilis 1154.
Favre, M., Zur Bezeichnung Granuloma venereum 972.
— — s. Nicolas, J.
Feilchenfeld, W. u. Leibbrand, Iritis nach Rekurrensimpfung 971.
Feldmann, L., Knochenveränderungen bei hereditärer Syphilis 1467.
— S., Präkanzeröse Dermatosen 1068.
— W., Erbsyphilis 1122.
— Superinfektion bei kongenitaler Syphilis 1205.
— u. Chodorow, Tabes dorsalis Jugendlicher 1206.
— u. Sinani, Superinfektion bei Syphilis 1205.
Feldt, A., Wirkung von Goldpräparaten im infizierten Tier 1569.
— — u. Schott, A., Retikuloendothel beim Heilungsvorgange 1273.
Fernet, P., Erworbene Syphilis im Kindesalter 1099.
Ferroux, R. u. Regaud, Cl., Sterilisierung des Kaninchenhodens durch Röntgenstrahlen 1624.
— — s. Regaud, Cl.
Feuerhake, E. s. Stümpke, G.
Fibiger, J. u. Moeller, P., Immunisierung gegen Teerkrebs 1336.
Filliol s. Gougerot.
Finger, E., Haut als Abwehrorgan 1760.
— 1531, 1548, 1772.
Finkelstein, J. u. Aristowa, Kahnsche Reaktion 1122.
— — — Bobinskaja-Strelinskaja, Syphilis des Nervensystems bei Kaninchen 1754.
Finkenrath, K., Wirkung von Strahlenkombinationen auf die Haut 1277.
Firth, St. J., Thalliumazetat bei Trichophytie 1694.
Fischel, Dermatitis herpetiformis 1564.
Fischer, Alopecia areata 1261.
— A., Fortgesetzte Kultur von Krebszellen 1335.
— E. s. Baur, E.
— K., Köbnersches Symptom 1596.
— s. Georgi.
Fischer-Wasels, B., Entwicklung der Geschwulstzelle 1547.
Fisher, E. D., Unterscheidung von Früh- und Späterscheinungen der Nervensyphilis 1539.
— J. E. s. Dembo 1064.
Fist, H. S., Verband für Verbrennungen 1278.
Flarer, F., Akute, nicht venerische Geschwüre der weiblichen Genitalien 1506.
Fletcher, E. G. s. Mitchell, A. G.
Flury, F., Chemische Natur der Nesselgifte 1572.
*Follmann, E., Epitheliom im jugendlichen Alter 940.
Fomenko, B. P., Konzeption bei unverletztem Hymen 1187.
Fornara, P., Hereditäre Neurosyphilis 1155.
— — s. Artom.
Forster, A., Erythema induratum 1369.
Fox, W., Pityriasis rosea 1657.
Fränkel, E. und Tamari, L., Erzeugung antigener Eigenschaften bei Lipoiden 1545.
Fraenkel, G. M. u. Jolkwer, E. E., Einfluß der Temperaturverhältnisse auf WR 1758.
— J., Geschlechtskrankheiten auf dem Dorfe 1013.
François-Dainville, E. u. Lançon, J., Tabes und sekundäre Syphilide 1209.
Francke 1497.
Frank, E. R. W., Resektion des Blasenhalses 1465.
— G., Anormaler Fall von Syphilis 1380.
— L. u. Worms, W., Syphilitische Lebererkrankung 1403.
— M. u. Schrötter, L., Leberlipase im Serum luetischer Säuglinge 1724.
Franke s. Barbilian.
Franz, J., Müller-Ballungs-Reaktion 1727.
— R., Gonorrhoe des Weibes 1302.
Fraser, J., Verbrennungen bei Kindern 1631.
Fraulini, M., Syphilitisches Fieber 1094.
Frazier, Ch. N., Dermatitis im Anschluß an Natriumthiosulfat 1572.
Free, G. B. M. s. Jackon, J. A.
Freeman, W., Malariabehandlung bei progressiver Paralyse 1157.
Frei, W., Lymphogranulomatosis inguinalis 1766.
— — Reinokulationsversuche an syphilitischen Kaninchen 1726.
— 1498.
— W. u. Grünmandel, S., Beziehungen der Haut zum heterogenetischen Antigen 1501.
— — — Hoffmann, H., Lymphogranuloma inguinale 1371.
Freud, J. s. Silberstein, F.
Freudenthal, Verruca senilis und Keratoma senile 1372.
Freund, Dariersche Krankheit 1361.
— Grippe-Exanthem 1152.
— Herpes und Zoster 1504.
— Livedo racemosa 1359.
— Lupus miliaris 1359.
— Melanodermatitis toxica lichenoides 1506.

Digitized by Google

Freund, Naevus Pringle 1539.
— Pityriasis lichenoides 1152.
— Trypaflavin bei männlicher Gonorrhoe 1532.
— E., Behandlung der Pityriasis versicolor 1155.
— — Künstliche Hautveränderungen 1096.
— Emanuel, Lupoid 1503.
— H. u. Heymann, B., Untersuchungen über Herpes simplex und Zoster 1630.
— L., Kopf- und Kleiderlaus 1072.
— — Geschichte der Schwachbestrahlung 1277.
— — Prüfung der Strahlenempfindlichkeit der Haut 1603, 1604.
— R., Solganal 1042.
— — s. Lange, B.
Frey, G., Hygienische Volksbelehrung 1271.
Frieboes, W., Atlas der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1433, 1600.
— — Streitfragen in der Medizin 1272.
— 1502.
Friedberger, E., Überempfindlichkeit am Gefäßpräparat infizierter Tiere 1546.
Friedell, A., Umkehrung der normalen Harnkonzentration 1478.
Friedrich, Radiumtherapie 1037.
Frommel, E. s. Saloz.
Frühwald, Angeborene Verengerung der Harnröhre 1652.
— Bromoderma tuberosum 1653.
— Dermatitis durch Salmiak 1653.
— Ekzem der Brüste infolge Abdrückens der Milch 1653.
— Erythema multiforme bullosum 1653.
— Exanthem nach Tennosin 1652.
— Favus 1652.
— Gonorrhoische Periostitis der Ulna 1652.
— Herpes febrilis palpebrae 1652.
— Impetigo contagiosa 1651.
— Kohleneinsprengung 1653.
— Leucoderma psoriaticum 1653.
— Leucoderma syphiliticum 1652.
— Lichen syphiliticus 1652.
— Lupus vulgaris 1653.
— Mycosis fungoides 1652, 1653.
— Naevus anaemicus 1652.
— Naevus anaemicus 1652, 1653.
— — flammeus 1654.
— Neurodermitis des Unterschenkels 1651.
— Orchitis syphilitica 1652.
— Paraurethraler Gang im Röntgenbild 1654.
— Pemphigus vegetans 1651.
— Residuen von kongenitaler Syphilis 1653.
Frühwald, Röntgenbild der Harnröhre 1653.
— Salvarsanexanthem im Dauerbad 1652.
— Schwimmhosenartig lokalisiertes Erysipel 1653.
— R. Spirochaetosis arthritica 1655.
— Stomatitis mercurialis bei Psoriasis 1653.
— Streichholzschachteldermatitis 1651.
— Striae atrophicae 1653.
— Syringozystadenome 1652.
— Trichophytia superficialis 1653.
— Vagina septa und Uterus duplex 1651.
— Vaccinia 1653.
— Verbrennung durch galvanischen Strom 1652.
— Wismutsaum 1652.
Fryszman, A., Azotämie bei Nierenkolik 1426.
Fuchs, F., Diathermie urologischer Erkrankungen 1770.
Fürbringer, Behandlung der nervösen Blasenstörungen 1781.
Fuhrmann, Friedrich 1430.
Fuhs, Acne indurata 1151.
— Angiokeratom 1363.
— Basalzellenepitheliome bei Leukämie 1533.
— H., Epidermolysis bullosa hereditaria 1370.
— Keratodermia disseminata palmaris plantaris 1120.
— Lichen planus der Mundschleimhaut 1120.
— Morphea 1120.
— Nickelkrätze 1363.
— Papulo-nekrotisches Tuberkulid 1120.
— Poikilodermie 1533.
— Sclerodermie 1120.
— H. s. Arzt, L.
Fujita, K., Azotobakter 1124.
— — Bleivergiftung 1428.
— — Parenteral einverleibter Gewebsextrakt 1124, 1428.
— — Präzipitinreaktion 1428.
— — Rattenbißkrankheit 1124.
— — Rattenbißfieber der Kaninchen 1431.
Fukai, A., Porokeratosis 1124.
— — Psoriasis pustulosa 1430.
— — u. Yoshida, S., Harnröhrenkarzinom 1430.
Fullerton, R. M. s. Toomey.
Fürst, K., Vererbung der Psoriasis 1371.
Fuss, S., Epitheliom 1368.
— Kongenitale Keratosen 1323.
— Lues ulcerosa 999.
— Pemphigus pruriginosus 1327.
— — vulgaris 1327.
— Pigmentation als Unfallfolge 999.
— Primäraffekt am Kinn 999.

Digitized by Google

Fuss, S., Probleme der Luestherapie 1760.
— Sklerodermia diffusa 1327.
— Spieglersche Epitheliome 999.
— — Tumoren 1503.

Gabriel, G., Grenzstrahlen 1043.
— — Untersuchungen über Grenzstrahlung 1621.
— 1497.
Gaertner, O. s. Klövekorn.
Gaillerand, L. s. Dujarric de la Rivière.
Galant, J. S., Eunuchoidismus 1477.
— — — Kutane Streifen am Oberarm 1216.
Galewsky, Moderne Teertherapie 1568.
*— Novokaindermatitiden 1195.
— Trichorrhexis areata 1504.
— Trichotillomanie 1504.
Gallerand, L. s. Sezary, A.
Galliot, A., Tod an hämorrhagischer Nephritis während einer Wismutkur 1005.
Galloway, J., s. Lacassagne, A.
Galperin, J., Behandlung der Hyperidrosis 1693.
Gammel, J. A., Arterielle Embolie nach Wismut 1131.
Gans, Biologische Wirkung der Röntgenstrahlen 1495.
— O., Erythrämie 1066.
— — Hauterscheinungen bei Erkrankungen des hämatopoëtischen Systems 1474.
— 1501.
Garbien, A., Multiples idiopathisches Pigmentsarkom 1671.
Garnier s. Hudelo.
Garry, G. u. Druckmann, A., Pyelographie 1424.
Garschin, W. G., Epithelwucherungen bei durch Kieselgur hervorgerufener Entzündung 1335.
Gaschke, R., Urobenyl bei Infektion der Harnwege 1478.
Gaspari, Karzinomforschungen 1173.
Gasper, L., Therapie der Incontinentia urinae des Weibes 1784.
Gassul, Quarzlampe 1039.
Gastou, P. u. Lemay, P., Reduzierende Wirkung des Serums 1300.
Gaté, J., Gesichtsödem 1003.
Gatewood, W. E. u. Baldridge, C. W., Arthussches Phänomen 1018.
Gatter, G., Melanosarkom 1671.
Gaussen, C., Neue Methode der WR 1129.
Gauthier, R. s. Barbier, G.
Gauvain, E. A., Erythema multiforme bullosum bei Tuberkulose und Syphilis 1692.
Gavin, F. W., Herpes und Varizellen 1048.
Gazzarrini, A., Prostata und Diathermie 1374.
Geft, Geschlechtsleben der zeitgenössischen Jugend 1538.
Geiger, Hydroa vacciniformis 1119.
— Gumma der Nase 1118.
— Keratoma hereditarium palmare et plantare 1531.
— Lymphogranulomatosis 1119.
— Pemphigus serpiginosus benignus 1531.
*Geisler, H., Poikilodermia atrophicans vascularis 1133.
Gennerich 1179.
Gent, W., Goldbehandlung des Lupus erythematosus 1668.
Georgi, F. u. Fischer, Gehirnantikörper 1104.
Georg, A. V. St. s. Ramirez, M. A.
Ghigi, R., Präputialgangrän 1097.
Giacardy, P., Primeldermatitis 1660.
Gibson, Th. E., Erhaltung der für das Leben nötigen Menge von Nierengewebe 1465.
Gildemeister, E. u. Herzberg, K., Herpes 1048.
Gilchrist, T. C., Hautkrankheiten 1211.
Gill, W. D. s. Reasoner, M. A.
Gins, H. A., Vakzine nach Eczema vaccinatum 1698.
Gjorgjevitch, G. u. Piévatchevitch, M., Jodoform und WR 1104.
— u. Stéphanovitch, M., Dmelcos bei Ulcus molle 963.
Gitmann, S. u. Königsberg, L., Russisches Wismut 1466.
— — — — — Spirochätose der weißen Maus 1468.
Givatte, Sarkom, Russelsche Körperchen 1533.
Glaessner, K., Glykokoll bei Urtikaria 1047.
Glaser, H., Verwertbarkeit der Ektebinreaktion 1716.
Glass, E., Verletzungen durch Kakteenstacheln 1572.
— — u. Krüger, E., Chemisch bedingte Entzündung an Mäusen 1216.
Glasser, R. u. Sloimovici, A., Nagelveränderungen bei Alopezie 1331.
— — — Ullmo, A., Dermatitis chronica atrophicans 1330.
— s. Pautrier, L. M.
Glaubersohn, Kriegsmelanose 1265.
*— S. A., Lymphangectasia nodularis 1437.
— — Lymphectasia nodularis disseminata 1753.
Glauberson s. Steinberg.

Digitized by Google

Gley, P., Physiologische Kontrolle der Salvarsanpräparate 1763.
— E. s. Champy, C.
Glingar, A., Fehler bei Injektionsbehandlung der Gonorrhoe 1476.
Glocker, Röntgenstrahlen 1039.
Gluchowzeff, Sarcoma multiplex haemorrhagicum 1468.
Gluchowzow, Pilzarten 1002.
Godinho, A. P., Bowensche Krankheit 1596.
Goeckermann, W. H. s. Stokes.
Goergen s. Saynisch.
Gohen, M. J., Tätowierung 1401.
Gohrbandt, P., Naevus pigmentosus in Form der Cutis gyrata 1667.
Golay, J. s. Oltramare, H.
Goldberg, S. s. Schirwindt.
Goldenberg s. Mgebrow.
Goldfarb, M., Idiosynkrasie gegen Henna 1469.
Goldscheider, A., Zeit- und Streitfragen der Heilkunst 1128.
Goldsmith, W. N., Erythema elevatum diutinum 962.
— — — s. Gray, A. M. H.
Golosowker, S., Geschlechtskrankheiten in der Tatarischen Republik 1122.
— Thallium aceticum 1072.
— u. Klebanow, Russische Wismutpräparate 971.
Golossowker u. Mirkin, Stovarsol 1468.
Golovanoff, Anti-Typhusimpfung 1545.
Golschmied, Ätiologie der Sklerodermie 1538.
Gonzalez, J., Pyelo-Röntgenoskopie 1267.
Goodman, Fox-Fordyce-Syndrom 1092.
— H., Kohlenbogenlampen 1042.
— — Nomenklatur für ultraviolette Zonen 1752.
Gorasch, W. A., Aus dem Grenzgebiet von Urologie und Gynäkologie 1426.
Gordon, E., Gangränöse Varizella 1699.
— J. E., Streptokokken-Antitoxin gegen Scharlach 1073.
— S., Psoriasis 1064.
Gornick, P. s. Philipp.
Gorowitz, P., Harnblasenfremdkörper 965.
Gorski, Arsenik bei Zystitis 1002.
Gottlieb, J. G. u. Strokoff, F. J., Pneumopyelographie 1427.
Gottron 1258.
Gougerot, H., Ekthymaähnliches Ulcus molle 1538.
— — Malariabehandlung 1210.
— — u. Peyre, E., Anaphylaktische Empfindlichkeit gegen Wismut 1541.
— E., Viszerale Syphilis 1101.
Gougerot s. Zimmern.
— H. u. Cohen, H., Keloide und Syphilis 1206.
— Kuss, G. u. Filliol, Naevus albus 1210.
— u. Merklen, F. P., Zirzinäre Prurigo 1298.
— Peyre, Moulet u. Bourdillon, Urtikaria durch Kälte 1298.
— Zimmern, Huet u. Merklen, Herxheimer-Picksche Krankheit 1208.
Gouin u. Bienvenu, Lichen planus 1300.
— — — Umwandlung in Lichen planus 1300.
Graessner, K. s. Bernhardt, H.
Graevenitz, v., Prostatitis im Kindesalter 1782.
Graf, W. J. s. Higgins, H. L.
Graham Little, E. G., Skarlatiniformes Erythem 1264.
Gralka, R., Neue Ichtholkombination 1568.
Grann, R. u. Holzknecht, G., Prüfung der Strahlenempfindlichkeit der Haut 1603.
Grant, O. u. Stiles, J. R., Diathermie bei Prostatitis 1691.
Granzow-Irrgang, D. s. Martenstein, H.
Grassl, Bäuerliche Liebe 1012.
Gravagna, Extragenitale Syphilis 1094.
Gray, A. M. H., Lichen planus 1657.
— — — — Recklinghausensche Krankheit ohne Geschwulstbildung 1656.
— — — — u. Goldsmith, W. N., Boecksches Sarkoid 1657.
Grebe, Röntgenstrahlenmessung 1495.
Greef, de, Et. s. Bruynoghe.
Greenbaum, S. S., Pellagra 1400.
Greibo, Vulvovaginitis bei Kindern, Besredkasches Filtrat einer Gonokokken-Kultur 1538.
Grenet, H., Levent, R. u. Pellissier, L., Mitralinsuffizienz und Syphilis 1100.
— — — — — Pelissier, L., Syphilisspäterkrankungen der Eingeweide 1009.
Grevel, P. s. Stern.
Gribanowa, Kahnsche Reaktion 1467.
Grigoraki, L., Aleurisma, neuer Hautpilz 1694.
Groedel, Röntgensymptome syphilitischer Erkrankungen 1036.
— F. M., Liniger, H. u. Lossen, H., Schäden in Röntgenbetrieben 1756.
Groenouw, Behandlung der Lidrandentzündung 1304.
Gronner, P., Neo-Reargon bei Tripper 1769.
Groß, H., Blutkuchen-WR nach Dold 968.
Grossmann, H. s. Uhlenhuth, P.

Digitized by Google

Grote, L. R. s. Bernhardt, H.
Grothjahn, Hygiene der Fortpflanzung 1269.
Grshebin, Wismutpräparate 1131.
Grünberg, S., Untersuchung auf Syphilis der Bewohner von 5 Dörfern 1788.
Grünmandel, S. s. Frei.
Grütz, O., Hyphenpilze oder Eumyzeten 1601.
— 1178.
Gruhzit, O. M. u. Sultzaberger, J. A., Wismutthioglykollat 1540.
— — — Lyons, E. u. Perkins, R., Wismut 1364.
— — — Tendick, F. H. u. Sultzaberger, J. A., Wismutresorption 1540.
Grumach, L., Suggestivbehandlung von Warzen 1667.
Gruss, Gummata subcutanea 1532.
Günsberg, M., Arthritis gonorrhoica bei Säuglingen 1767.
Guiberteau, Wismutretentionen 1434.
Guillaume, A. C., Strahlentherapie 1507.
Gurewitsch, G. M., Chirurgische Behandlung gonorrhoischer Funikulitiden 1769.
— N. u. Silbermann, B., Lipolytischer Koeffizient bei Syphilis 1122.
Guthmann, H., Lichterythem 1276.
— — Lichttherapie 1432.
*Gutmann, C., Lokale Amyloidosis 1223, 1283.
Guy, W. H. u. Jacob, F. M., Kokzidiengranulom 1752.

Haag, H. B. u. Bond, W. R., Natriumthiosulfat bei Arsenvergiftung 1273.
Haagen, E., Krebsproblem als Stoffwechselproblem 1670.
— — s. Erdmann, R.
Habermann, Acrocalcinosis 1176.
— Epithelioma adenoides cysticum 957.
— Leukatrophie 957.
— Lichen planus 1176.
— Lichtdermatose 956.
— Paradoxe Wirkung spezifischer Luesbehandlung 1500.
— Pflasterstein-Naevus 957.
— Pyodermia vegetans 957.
— Salvarsanexanthem 957.
— Sarkoid Boeck 957.
— 955, 956, 1174, 1178.
— u. Braeucker, Chirurgische Behandlung bei Hyperhidrosis 957.
— R., Kongenital-luetische Zahndeformitäten 1724.
*— — Paradoxe Wirkung spezifischer Syphilisbehandlung 1773.
— — u. Dahmen, O., Favide und Leucoderma favicum 1266.
— u. Kutsch, Casus pro diagnosi 1176.
Hadida, E. s. Raymond, M.
Haeberlin, C., Tuberkulose an der Nordsee 1378.
Hämel, Josef s. Zieler.
Hänisch, Röntgendiagnose von Lungenkrankheiten 1035.
Hagen, F. u. Padberg, F., Gefahren der Varizenentfernung 1627.
Hahn, Fall zur Diagnose 956.
— 955, 956.
Haikin, Lippensklerosen 1466.
Haim, A., Geflockte Lipoidstoffe 1215.
Haim, E., Operation der Phimose 1424.
— — Phalloplastik 1425.
— Serologischer Luesnachweis während der Gestation 1062.
Hajos, K., Die Rolle der Haut in der Immunkörperbildung 1545.
Halberstaedter, Intrakorporale Bestrahlung 1039.
Halil, T. s. Hamdi.
Halle, 1175, 1177.
Hamdi, H. u. Halil, T., Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum 1069.
— — — Reschad, H., Acanthosis nigricans 1067.
Hanau, R. s. Dreyfus.
Hanauer, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1108.
*— W., Was wird aus der Prostitution in Deutschland nach dem 1. Oktober 1927? 1447.
Harbitz, F., Tuberkulose in Norwegen 1075.
Harnach, R., Immunität und Allergie bei Herpes tonsurans 1071.
Harrison, L. W., Gonorrhoe 1654.
Harry, F., Strontiuran 1275.
Hartmann, A., Chinesisches Geschlechtsleben 1479.
— E. u. Briel, J., Bullöse Erkrankung 1094.
— H., Karzinom, Diagnose 1211.
Hartog, Unguent. argent. nitr. 1478.
Hasebroek, K., Großstadtmelanismus der Schmetterlinge 1666.
Hashimoto, T. u. Suzuki, S., Idiosynkrasie gegen Proteinsilber 960.
Haslinger, K., Alpha-Naphthylaminprobe der Niere 1714.
— — Zur Anurietherapie 964.
Hasegawa, M., Dermatomykosen in Formosa 1472.
Haudek 1036.
Hauer, R., Geschlechtskrankheiten in Deutsch-Ostafrika 1480.
Hausmann, E., Urethraverletzung sub coitu 1783.
— W. u. Sonne, C., Wirkung des Hämatoporphyrins bei ultravioletter Bestrahlung 1576.

Digitized by Google

Haustein, H., Rückgang der Geschlechtskrankheiten 1296.
Haxthausen, H., Pityriasis rosea des behaarten Kopfes 1007.
— — Streptogene Erkrankungen 1366.
Hayashi, H. s. Toyama.
*Hecht, H., Rezidiv nach Abortivbehandlung 129*1.
Hecht, S., Neuroluesbehandlung 970.
Hedén, K. s. Schaumann, J.
Hegler, Leukämie mit Hautausschlag 1174.
Heidenhain, L., Röntgenbestrahlung und Entzündung 1623.
Heilig, R. s. Donath, J.
Heimann, W., Verbesserte Apparatur für WR 1728.
Heimberger, H., Färbeversuche am Kapillarendothel 1213.
Hein, J., Glomerulonephritis luica 1102.
Heine, J., Ungewöhnliche Mißbildungen bei Neurofibromatose 1668.
Heinemann, H., Beriberi 1093.
Heiner, L., Toxische Erscheinungen von seiten der Haut bei Wismutbehandlung 1764.
Heitzmann, O., Histologie der Modenolvergiftung 1595.
— — Modenolvergiftung 1408.
— — Rattenbißkrankheit 1597.
Heller, J., Arzt und Eherecht 1600.
— Dystrophia mediana der Nägel 1564.
— J., Krankheiten der Nägel 1401.
— — Prognose der Mesaortitis syphilitica 1720.
— Progressive Paralyse der Bühnenkünstler 1499.
— 1259, 1261, 1296.
Hendricks s. Rube.
Hennessey, R. A., Blasenleukoplakie 975.
Henrichsen, A., Vasektomie u. Prostatahypertrophie 1011.
Henry, C. E., Nicht erkannte syphilitische Myokarditis 1540.
Henschen, F., Eigenartige Reaktion des Gefäßendothels 1272.
Herepey, G. v., Lymphangioma cavernosum am Halse 1667.
Herman, Magenlues 1036.
Herrmann, Franz, Endothelschädigung bei Toxidermie 1501.
— F., Wirkung feuchter Umschläge 1266.
Herrold, R. H. s. Saelhof.
Herxheimer, H., Der dorsale Vorhautschnitt 1771.
— K., Neues Mittel zur Psoriasisbehandlung 1304.
— 999, 1000, 1500.
Herzberg, K. s. Gildemeister.
Hesse, F., Experimentelles Karzinom bei Ratten 1335.
— 1498.
Heuck 1500.
Heyn, A., Zervikale Gonorrhoe und Gonotestreaktion 1767.
Heyerdahl, S. A., Radiumbehandlung der Aktinomykose 1626.
— — Lichen planus der Blase 1661.
— — Präputialsteine 1424.
— B. s. Freund, H.
Heynemann, Bedeutung der Geburt für Erkennung der Lues 1062.
— Th., Geburt und Aufdeckung latenter Syphilis 1724.
— Kastrierte Kaninchen 1062.
Higgins, G. M., Ultraviolettlicht 1042.
— H. L., u. Graf, W. J., Anurie bei Scharlach 1695.
Hilbert, Pneumorelief des Magens 1036.
Hintze, A., Tierblut gegen Prostatahypertrophie 1186.
Hirsch, A., Behandlung der Mycosis fungoides 1469.
*— F., Fissan-Fabrikate 1613.
— Th., Kongenitale Syphilis im Tertiärstadium 1725.
Hirschbüchler, Sclerosis nasi 1119.
Hirschfeld, M. u. Schapiro, B., Spezifität der männlichen Sexualhormone 1782.
Hirt, W., Harnblasengeschwülste 1267.
— — Harnröhrenstrikturen 1771.
Hoeft, Akrodermatitis und Sklerodermie 958.
— 956, 957.
Höft, Casus pro Diagnosi 958, 1178.
— Erythrodermie 1179.
— Lues des Kopfes 1179.
— Schambergsche Krankheit 1175.
Hölscher 1174.
Hörnicke, C. B., Strahlenbehandlung bei Tuberkulose 1076.
Hoffheinz, S., Eigenbluttherapie 1040.
Hoffmann, Cl. G., Pollakiurie bei Frauen 1690.
— Diphtheriebazillen bei Röntgenulkus 1497.
— Leicheninfektion mit Syphilis 1498.
— Subokzipitalpunktion 1499.
— E., Nach innen gerichtete Schutzwirkung der Haut 1302.
— Erich 1132.
— E., Hofmann, E. u. Mulzer, P., Spirochaete pallida 1432.
— — u. Zurhelle, E., Versuche, Lama mit Syphilis zu infizieren 1655.
— H., Leukonychia striata arsenicalis 1371.
— — s. Frei, W.
— — s. Jessner.

Digitized by Google

Hoffmann, R. St., Todesfall bei Gono-Yatreninjektionen 1159.
— W. H., Goldbehandlung der Lepra 1075.
Hofmann, A., Mäuserekurrens 1131.
— Edmund, Erbgang der Hydroa vacciniforme 1503.
— E., Klinische Erfahrungen mit Myosalvarsan 1763.
— — s. Hoffmann.
Hohenbichler, A., Kraurosis 1011.
Hollmann, H., Mortalität bei Lues congenita 1724.
Holthusen, H., Biologische Strahlenwirkung 1043.
— 1174.
Holzknecht, G., Einstellung zur Röntgenologie 1757.
— — Schädigungsprophylaxe 1046.
— — s. Grann, R.
Hombria, R., Lichenifikation 1397.
*Hopf, G., Physiologie des Myosalvarsans 1146.
Hopfinger, Lichen planus 1326.
Hopkins, J. G. u. Brunet, W. M., Kahnsche Reaktion 1129.
Hoppe, F., Impfung und örtliche Reaktion 1697.
Horoschin, Geschlechtskrankheiten auf dem Lande 1480.
Houghton, J. E., Parallelismus zwischen Herxheimerscher Reaktion und Kahnscher Probe 1758.
Hruska, K., Immunität bei Milzbrand 1305.
Hubert, Jausion u. Pecker, A., Spirochaeta pallida 1103.
Hudelo, Cailliau u. Mornet, Lichen atrophicus zosteriformer Anordnung 1534.
— Dumet, Cailliau u. Boissau, Urticaria pigmentosa 1208.
— Garnier u. Cailliau, Psoriasis mit Papillomen und Hauthörnern 1534.
— Montlaur u. Mornet, Aktinomykose 1209.
— Mornet u. Cailliau, Glossitis mit leukoplakieähnlichen Plaques 1534.
— u. Rabut, Elefantiasis der Vulva 1011.
— — — Pigmentierung der Mundschleimhaut 1208.
— — — Syphilis mit negativer WR 1208.
— Rabut u. Cailliau, Hidradenomes eruptifs 1004.
— — Cailliau u. Mornet, Melanose 1003.
Huellen, C., Dijozol, Antiseptikum und Desodorans 1568.
Huet s. Gougerot.
— L. s. Zimmern.
Hünermann, Th., Aktinomykose 1375.
— — Krebs der Wangenschleimhaut 1670.
Hufschmitt, G., Lichen planus und Rückenmarksbestrahlung 1330.
— — Rückenmarksbestrahlungen und Lichen planus 1330.
Hufschmidt, G., Treparsol bei Lichen planus 1301.
Hull, Th. G., 26000 Kahnsche Reaktionen, verglichen mit der WR 1759.
Husler, J., Scharlachserum 1376.
Huth, K., Vaginalsekret 1365.
Hutter, K., Verstümmelnde Eingriffe bei Peniskarzinom 974.
Hynie, J., Dermatitis herpetiformis 1366.

Iino, Y. s. Tamura.
Ikegami, Y., Experimentelle Kaninchenframboësie 1664.
— — Framboësie 1428.
— — — Reinfektion 1431.
— — Spirochäten im Liquor 1123.
— — s. Matsumoto.
Iljin, S. s. Saks, J.
Inglis, K. s. Paul, N.
Ingram, J. D., Gruppierte Komedonen 1657.
— — — Keratosis pilaris 1656.
— — — Xanthomatosis cutis und Hypercholesterinämie 1714.
Inouye, G., Tuberkulose des Harnapparates 1124.
Isacson, L., Tabes nichtspezifisch behandelt 1465.
Iselin, M., Verletzungen durch Tintenstifte 1631.
Isham, R. M., Isoprophylalkohol bei Zubereitung von WR-Antigen 1541.
Ishewski, Salvarsan-Hg-Jodgemisch bei Lues 971.
Ishikawa, Sh. u. Asai, S., Epithelbewegung in Auto- und Homoplasma 1428.
— S. u. Nohira, A., Osmidrosis axillaris 1428.
— — — Umeda, T., Wirkung einiger Farbstoffe auf Flimmerepithelien 1123.
Israelson s. Linani.
Ivancevic, J. s. Pauli, W. E.

Jackson, J. A. u. Free, G. B. M., Behandlung der progressiven Paralyse 1539.
Jacob, F. J., Desitinsalbe 1568.
— — M. s. Guy, W. H.
Jacoby, M., Harnleiterzystoskop nach Haebler 1714.
— — Lymphatische Reaktionen an Harnwegen 1423.
Jacqmin, L. s. Maisin.
Jadassohn, J., Handbuch: I. Anatomie der Haut 965.
— — — der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1268.

Digitized by Google

Jadassohn, J., Pflichten des Arztes über Geschlechtskrankheiten 1788.
— — Syphilisrückgang und Salvarsan 1761, 1762.
— — 1500, 1502.
— W., Allergie bei Impfmykosen 1598.
— — Pilzzüchtung auf Organen 1502.
Jäckel, Filterung unsichtbarer Lichtstrahlung 1039.
Jähnke, Hexal und Neohexal bei Harnleiden 1011.
Jagič, N., Syphilitische Kreislauferkrankungen 1408.
Jahnel, F., Kongenitale Syphilis und Geisteskrankheiten 1102.
Jahr, R., Lückenlose Zystoskopie 1713.
Jakoby, Strahlenempfindlichkeit von Röntgen- und Teerhaut 1495.
Jakubowitsch, MTR 968.
Jansen, H., Herzgummen 1380.
— W. H. u. Loew, A. M., Mineralstoffe des Blutes 1016.
Jaskolko, Kaupsche Methode 1538.
Jausion, H. u. Pecker, A., Brenzkatechin gegen Lichteinwirkung 1300.
— — — — — Pilokarpin-Trypaflavin bei Tripper 972.
— — Meersseman, F. u. Pecker, A., Gonoreaktion 1435.
— — — — — — — Alkohol-Kalilauge-Antigen bei Seroreaktion des Trippers 1435.
— s. Hubert.
Jeannin, J. s. Langeron.
Jeanselme, E., Juxtaarticuläre Knoten 1100.
— — Zosteriformes Syphilid 1100.
— u. Burnier, Bromoderma vegetans 1005.
— — — Erythema annulare centrifugum 1536.
— — — Trichophytie am Fußrücken 1005.
— — Joannou, Favus und Einwanderung 1375.
— — Sézary, Wirksamkeit der gebräuchlichen Antisyphilitika 1762.
— Lefèvre, P. u. Willemin, Tuberkulose im Munde 1300.
Jellinek, St., Spurenkunde der Elektrizität 1127.
Jenssen 1177.
Jersild, O., Natriumthiosulfat bei Sanokrysindermatitis 1573.
Jessner, M., Leishmaniose 1372.
— — u. Hoffmann, H., Experimentelle Hautinfektionen 1501.
Joachimovits, R., Periodisch rezidivierendes Vulvaödem während der Gravidität 1783.
Joachimsen, E. s. Lange, B.
Joannou s. Jeanselme.
John, J. H. St., Beobachtungen beim Gebrauch von Malariaplasmodien 1539.
— Epitheliome 1652.
— Lichen ruber planus 1651.
— Lupus erythematosus 1653.
— Nebenhodentuberkulose 1653.
— Pityriasis rosea 1651.
— Präkanzeröse Dermatose 1653.
— Pseudopelade Brocq 1653.
Jolkwer, E. E. s. Fraenkel, G. M.
de Jongk, S. E. s. Laqueur.
*Jordan, A., Novokainekzeme 977.
— — Radiumtherapie des Karzinoms 1466.
— — Schicksal der Syphilitischen 1076.
— — Syphiliphobia 1008.
— — s. Arutjunow.
Jorstad, L. H. s. Burrows, M. T.
Joseph, Folliculitis abscedens et suffodiens 1564.
— — decalvans 1564.
— E., Amerikanische Urologie 1424.
— M., Alopecia pityrodes 1071.
Jost, W. s. Buschke.
Joukovsky, V., Syphilitische Leberzirrhose beim Kinde 1722.
Jourdanet, P., Herpes zoster durch Gonokokkeninfektion 1278.
Joyeux, Ch., Tropenmedizin 1303.
Judin, T., Spirochaeta Obermeier bei progressiver Paralyse 1764.
Jung, Dermatitis herpetiformis 999.
— Fox-Fordycesche Erkrankung 1002.
Jürgensen, E., Mikrobeobachtungen der Schweißsekretion 1508.
Jukelis s. Agronik.
Juliusberg 1175, 1176.
Juon, M. s. Martenstein, H.
Juster, E., Pigmenterythem des Gesichtes 1299.
— — Vitiligo 1067.
— — Zwischenfälle bei ultravioletten Strahlen 1277.
— s. Louste.

*Kadisch, E., Serologie der Gonorrhoe 1029.
Kafka, V., Körperflüssigkeiten bei Nerven- und Geisteskrankheiten 1301.
Kagelmann, H., Salvarsandermatitis 1371.
Kahn, J. W., Geschwür in der Blase 1465.
— R. L., Kendrick, P. L. u. Landau, J. L., Bericht über 300000 Kahn-Reaktionen 1759.
Kaïris, Z., Echinokokkus der Niere 1714.
— — Nierenmißbildungen 1426.
— — u. Perlmann, S., Heilung der Nierenbeckenwunden 1714.
Kalina, G., Theorie der Gramschen Färbung 1542.
Kalinin, A. M. u. Fahlberg, O. F., Experimentelle Blennorrhoe der Kaninchen 1436.

Digitized by Google

Kallius, H. U., Hämolymphangioma der Mamma 1667.
Kalsada, N. s. Faingold.
— s. Motornow.
Kanner, L., Progressive Paralyse und Rasse 1539.
Kanno, E., Mycosis fungoides 1473.
Kaplansky, S. u. Soloweitschik, S., Ultraviolette Strahlen 1042.
Kaplun, B., Lichen-planus-ähnliche Exantheme nach Salvarsan 1753.
— M., Fällungsreaktionen 1406.
— Gummata nach Tabes dorsalis 1206.
Kapp, M., Balsamika bei akuter Gonorrhoe 1769.
Karassik, W. M., Prostatasekret 1478.
Karczag, L., Chemotherapie des Mäusekarzinoms 1669.
Karelitz, S. u. Levin, S., Masernprophylaxe 1073.
*Karrenberg, C. L., Allgemeinexanthem mit dem Epidermophyton Kaufmann-Wolff 1189.
— Atrophische Psoriasis 1179.
— Basalzellenkarzinom 958.
— Dermatitis durch Pelzbesatz 958.
— Epidermophytis 1179.
— Isaminblau bei Kankroid 1177.
— Karzinoide 956.
*— C. L., Kolben zur Züchtung von Pilzkulturen 1706.
— Naevus hemilateralis 1179.
— Pemphigus 1179.
— Röntgenatrophische Haut 1179.
— Tabaksdermatitis 958.
— Trichophytie 958.
— 855, 957, 1176.
*Kartamischew, Neue Färbung von Gonokokken und Streptobazillen 995.
*Karwowski, A. v., Erythrocyanosis crurum puellaris 1161.
Katz, G. s. Znin.
— P., Spirobismol 963.
Katzenstein, W. F., Thrombosen 1047.
Kauders, O. s. Dattner, B.
Kaufer, L., Blasendivertikel 1425.
Kaufmann, E. u. Schaaf, H., Antimon bei Tabes 1434.
— J. u. McIntosh, J. F., Erythem der Beine 1047.
Kearns, W. M., Nierenfunktionsproben 1690.
Kedrow, S., Behandlung der spontanen Gangrän 1629.
Kedrowski, W. 1480.
Keining, Leukokeratosis glandis 1176.
Keller, Lupus erythematodes 999.
— 1001.
— Ph., Pilzerkrankungen der Kopfhaut 1372.
— u. Rein, Polarisationsmessungen nach Röntgenbestrahlung 1495.
Keller, Th. s. Bencan.
Kelman, R. s. Dowling.
Kemp, J. E. s. Chesney, A. M.
Kendrick, P. L. s. Kahn, R. L.
Kerl, W., Lichen ruber acuminatus und Pityriasis pilaris 1266.
— — Seltene Hauterscheinungen bei antiluetischen Kuren 1397.
Keropjan, Untere Nasenmuschel 1121.
Kesten, B. M., Behandlung der Urtikaria mit Ephedrin 1689.
Ketron, L. W., Aknebazillus 1365.
*Kiene, E. u. Obermayer, M., Farbstoffbehandlung 1197.
*Kiess, O., Lentiginosis profunda 1729.
Kimura, Y., Skleroderma 1429.
Kirsch, H., Grenzstrahlen 1043.
— Grenzstrahlen 1496.
Kirschbaum, W., Klinik künstlicher Malariainfektionen 1766.
Kishman, M. E. s. Toomey.
Kislitchenko, L., Behandlung der Syphilis mit Kadmium 1157.
*Kislitschenko, L. u. Baranoff, N., Fliegenmaden als Wundenschmarotzer 1169.
Kistiakovsky, E. V., Pityriasis versicolor 1400.
Kistjakowski, E., Besredkasches Filtrat bei Erysipel 1305.
— — Gangränöse Affektionen nach Wismutbehandlung 1265.
Kistiakowsky, E., Dermatitis herpetiformis erythemato-vesiculosa 1753.
Kitagawa, K., Haematoporphyria congenita 1472.
Kitamura, S., Harnröhrenröntgenaufnahmen 960.
Kitchevatz, Gonokokkenphlebitis der Vena saphena 1536.
— Herxheimersche Reaktion bei Vitiligo 1536.
— M., Spirochäten im Schanker während Behandlung 1659.
— — Ulcus molle und Autoinokulation 1750.
— — s. Schulmann, E.
Klaar, J. s. Oppenheim, M.
Klaften, E., Zur Spirozidbehandlung 971.
Klauder, J. V. u. Winkelman, N. W., Pellagra bei Alkoholikern 1263.
Klebanow, G., Geschlechtsleben des Bauern 1479.
— s. Golossowker.
Kleeberg 1296.
Kleinmann, H., Thallium und Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit 1469.
Klepper, C., Dermatitis herpetiformis 1368.
Klewitz, F. u. Wigand, R., Impfungen bei Asthma bronchiale 1018.

Digitized by Google

Klingmüller 955, 956, 1175, 1176, 1178, 1179.
Kloevekorn s. Mallinckrodt.
— u. Gärtner, Metalleigenstrahlung 1495.
— G. H. u. Gaertner, O., Röntgenstrahlen und einzellige Lebewesen 1043.
— — — — Simon, A., Blutgruppenuntersuchung 1266.
Klopstock, Bromoderma tuberosum 1564.
— Recklinghausensche Krankheit 1564.
— F., Experimentelles zur syphilitischen Blutveränderung 1128.
— — Spirochätenextrakt und Spirochätenimmunserum 1727.
— M. u. Kowarski, A., Klinische Untersuchungsmethoden 1303.
Kment, H., Brüning-Lerichesche Operation 1569.
Knopf, E., Immunisierung von Ratten gegen Karzinom 1669.
Knorr, R., Kontraktur und Sklerose des Blasenhalses beim Weibe 1784.
Knüsli, H. H., Philoninsalbe bei tuberkulösen Hautdefekten 1379.
Kobayashi, Sh. u. Yokoyama, T., Statistik des Trippers 1123.
Koch, H., Harnröhrensteine 974.
Kölliker, Bedeutung der Subokzipitalpunktion 1759.
Königsberg, L. s. Gitmann.
Königstein, Lichen scrofulosorum 1326.
— H. 1430.
Koeppe, H., Ultraviolette Strahlen im Körper des Kindes 1576.
Kogan, F. s. Bobroff, N.
Kogerer, H., Therapie der Tabes 1434.
Kogoj, Fr., Dyskeratose 1658.
— — Hallopeausche Krankheit 1463.
Kohler, A., Behandlung akut-eitriger Entzündungen durch Röntgenstrahlen 1623.
Kohlenberger, Granulom der Oberlippe 1000.
— Pemphigus foliac. vegetans 999.
— Spirobismol solubile 1001.
Kokumoto, L. s. Moriyama, G.
Kolle, Experimentelles zur Syphilisimmunität 1498.
— W., Myosalvarsan 1433, 1754.
— — Sterilisierende Kraft des Salvarsans 1469.
— 1500.
Kolosowski, Behandlung der Trichophytia superficialis 1694.
*Konrad, J., Neosalvarsan-Malariabehandlung der Syphilis 1526.
Koopmann, H., Perkutane Einverleibung virulenter Tuberkelbazillen 1378.
Kopytowski, W., Formalinveränderungen der Haut 1181.
— — Nachruf 1181.
Korényi, A., Gewebsveränderungen nach Teerpinselung 1335.
Korns, H. M., Fieber bei tertiärer Syphilis 1400.
Korobitzin, Rattenbißkrankheit 1074.
Kosminski, E., Sterile Ehen 1786.
Kossovitch, N. s. Dujarric de la Rivière.
Kostitch, A. u. Verbitzki, Th., Arsenwirkung auf Samenkanälchen 1186.
Kowarski, A. s. Klopstock, M.
Krakowska, Z. s. Brunner.
Krantz, Röntgenbehandlung der Mikrosporie 1496.
*— W., Gonokokken-Dauerkulturen 1252.
Krasnow, F. s. Rosen.
Krassowitow, Neosalvarsanbehandlung des Anthrax 1663.
Krause-Wichmann, Behandlung der Sklerodermie 1668.
Krawzowa, K. Th., Pseudohermaphroditismus 1159.
Kreibich, Blauer Naevus 1502.
— Granuloma senile 1502.
— Lichen striatus 1502.
— Muzin bei Pemphigus foliaceus 1502.
— 1503.
Kren, Keratosis disseminata 1329.
— Lupus erythematodes 1360.
— Lymphatische Leukämie 1360.
— Mycosis fungoides 1149.
— Toxisches Erythem 1360.
— 1361.
— s. Fuhs.
Krey, H. s. Schönfeld.
Kristjansen, A., Schwangerschaft und Luesbehandlung 970.
Kritschewski, J. L., Neurotrope Spirochäten 1726.
— — — Salvarsanfestigkeit der Rekurrensspirochäten 1544.
— — — Sterilisierende Kraft des Salvarsans 1469.
— u. Sorinson, Syphilisbehandlung mit Stovarsol 1754.
Krogh, A., Kapillarnerven und ihre reflekt. Tätigkeit 1015.
— — Kapillarwände und Ödemtheorie 1015.
Kroh, F., Kohlensäureschnee 1040.
Krom, E. u. Salzmann, G., Dispensaire und Prostitution 1467.
Krüger, E. s. Glass, E.
— M., Kasuistik extragenitaler Primäraffekte 1099.
Krynski, A. s. Neumark, S.
Krzystalowicz, Fr., Ekzemfrage 1009.
Kudlich, H., Tuberkulose der Urethra 1477.
Küstner, H., Eichstandgerät 1046.
— — Wieviel R-Einheiten entspricht die HED 1622.

Digitized by Google

Küttner, H., Chirurgie des Pruritus 1063.
Kuhn, F., Furunkel 1065.
*— Philalethes u. v. Grundherr, F., Nissotax 1081.
Kuksinskaja, G. F., Zyste einer überzähligen Niere 1424.
Kulkow, Neurolues und Liquordiagnostik 968.
Kumer, Angiom 1363.
— Granuloma annulare 1328.
— Herpes zoster generalisatus 1328.
— Parapsoriasis 1532.
— Pemphigus 1532.
— Pityriasis lichenoides 1363.
— 1530.
Kusnetzow, W., Behandlung der Skabies 1375.
Kusnetzowski, N., Vitalfärbung mit Trypanblau und Lithionkarmin 1587.
Kuss, G. s. Gougerot.
Kutsch s. Habermann.
Kwiatkowski, S., Chlorkalzium bei Hautkrankheiten 1183.

Labadie, J. H., Kolloiddegeneration der Haut 1688.
Lacassagne, A., Levaditi, C. u. Galloway, J., Röntgenstrahlenwirkung auf den Rousschen Tumor 1624.
— — s. Regaud.
Lacroix, A. s. Raymond, M.
Lafourcade, L. s. Pinard, M.
Lahayville, Ch., Samenblasenauswaschung 1011.
Lambkin, E. C., Gonokokkenvakzine 1654.
Lamy, M. s. Debré.
Lançon, J. s. Francois-Dainville, E.
Landa s. Mgebrow.
Landau, J. L. s. Kahn, R. L.
Landesmann u. Mgebrow, Thallium als Epilationsmittel 1002.
— — — Sykosis 1205.
Lang 1461.
Lange, B., Antivirus von Besredka 1215.
— — Freund, R. u. Joachimsen, E., Tuberkulinempfindlichkeit bei Meerschweinchen 1717.
Lange, F. s. Loewe, S.
Langer, Dermatitis nach Eau de Cologne 1563.
— E., Lichen scrophulosorum 1259.
— — Reinfektion 1258.
— Röntgenulzerationen 1563.
— E., Luesbehandlung und Metalues 1407.
— — Röntgen bei Urethritiden 973.
— Schutzimpfung gegen Tuberkulose 1718.
— E. s. Buschke.
Langeron, L., Déchaume, J., Delore, P. u. Jeannin, J., Syphilitische Tetanie 1404.
Lanteri, G., Autovakzine bei Keloidakne 1097.
— — — — Lepra 1373.
— — Biologische Proben bei Gonorrhoe 1096.
— — Nasenflügel-Primärsklerose 1155.
Lanz, T. v., Biologie des Nebenhodens 1185.
Lanzenberg, P., Erythema multiforme 1367.
Lapischeff, Lymphdrüsen bei Gelenktuberkulose 1122.
Lapschin, Chronische Bartholinitis 1538.
Laquer, E., Weibliches Sexualhormon 1011.
— — de Jongh, S. E. u. Tausk, M., Menformon 1479.
Lara, C. B. s. Wade.
Lasch, C. H. s. Breitländer.
Lass, Venerismus unter den Studenten 1753.
Laudat, M. s. Vallery-Radaut, P.
Launoy, L., Physiologische Kontrolle des Salvarsans 1763.
Laurent-Gérard u. Oechslin, Isooxypropylendiarsinsaures Wismut 1764.
Laurentier, Ch., Epitheliom 1125.
— — Fox-Fordycesche Krankheit 1211.
— — Klinische Syphilis, negative WR 1367.
— — u. Valdiguié, A., Lipomatose und Hypercholesterinämie 1474.
Lauzun, A. W. s. Vigne, P.
Lavedan, J., Blei bei malignen Tumoren 1069.
Lazarus, P., Handbuch der Strahlenheilkunde 1756.
Lebedjewa, M., Rekurrensspirochäten im Nervengewebe 1600.
— — u. Ssinjuschina, M., Salvarsanbehandlung des Rückfallfiebers bei Ratten 1599.
Leblanc, M. s. Sézary, A.
Ledermann, Fall zur Diagnose 1564.
— Lichen-planus-ähnliche Knötchen 1564.
— R., Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1269.
— 1261.
Leduc, S., Frostbeulen 1278.
Lees, D., Diagnose und Behandlung der Geschlechtskrankheiten 1185.
Lefèvre, P. s. Jeanselme.
Legrain s. Lortat-Jacob.
Lehndorff, H. u. Brumlik, M., Studien über das Antivirus 1544.
Lehner, E. u. Rajka, E., Luetin-Reaktion 1093.
— — — — — Überempfindlichkeitsübertragung 1017.
— — — — u. Török, A., Hämoklasische Krise bei Überempfindlichkeitserkrankungen der Haut 1597.
— — u. Urban, F., Empfindlichkeit der Haut nach Injektion entzündungserregender Substanzen 1548.

Digitized by Google

Lehner, E. u. Urban, F., Wiederholte Lichteinwirkungen auf dieselbe Hautstelle 1575.
Lehnhoff, Kadmium als Antisyphilitikum 1541.
Lehmann, Bakteriologie 1402.
Leibbrand s. Feilchenfeld, W.
Leiter s. Brodski.
Lemay, P. s. Gastou, P.
Lemos, de 1176.
Lenormand, Syphilitische Paraplegie 1006.
— s. Milian.
Lentz, O., Schutzpockenimpfung 1696.
Lenz, A., Sexualität und kriminelle Persönlichkeit 1188.
— F. s. Baur, E.
Lepehne, G. s. Bernhardt, H.
Le Roy, C. M., Lokale Vereiterungen bei Prostatahypertrophie 1751.
Lesbre, Ph. s. Sacquépée, E.
Lesser 1498.
Lesczynski, R. v. u. Blatt, O., Pemphigusstudien mittels Kochsalzquaddel 1596.
Letulle, M. u. Dalsace, J. Syphilitische Pleuropneumonie 1125.
Levaditi, C., 30 Elemente, Heilwirkung bei experimenteller Syphilis 1762.
— — Herpes zoster 1183.
— — Tellur bei Syphilis 1132.
— — Vakzinevirus 1074.
— — s. Lacassagne, A.
— — u. Manin, J., Ausscheidung von Tellur 1132.
— — — — — Tellur bei Syphilis 1434.
— — — Nicolau, S., Hirnentzündung nach Impfung 1074.
— — — Sanchis-Bayarri, V., Infektion des Kaninchens mit Schutzpockenlymphe 1696.
— — — Schoen, R., Herpesvirus 1048.
*Leven, Erblichkeit der Tastfiguren und Erbverschiedenheit der Eineier 1229.
— L., Erbanlagen der Eineier 1212.
— Scheckung der Haut 1067.
— L. s. Meirowsky.
Levent, R. s. Grenet.
Levi, J., Pediculoides ventriculosus 1095.
Levick, G. M., Rote Strahlen, therapeutischer Wert 1574.
Levinthal, W., Tuberkuloseinfektion von Meerschweinchen 1717.
Lévy, G. s. Pautrier, L. M.
— — Sclerodermie en bande 1331.
—-Dorn, M., Urologische Betrachtungen 1267.
—-Franckel, A., Sykosis 1065.
Lewant u. Mkrtjitschantz, Ursachen der Tripperkomplikationen 1767.
Lewin, E. M., Beseitigung der schädlichen Wirkung des Salvarsans durch Chlorkalzium 1371.
Lewin, E. M., Einfluß der Arsenbenzolpräparate auf die Leber 1599.
*— — — Neurotropes syphilitisches Virus 1419.
— — — Salvarsan und Leber 1371.
— H., Lymphatische Reaktionen an Harnwegen 1423.
*Lewith, R., Amenorrhoe infolge luetischer innersekretorischer Störung 943.
Licht, H., Skatologisches in Altgriechenland 1012.
Lichtenstern, R., Experimentelles zur Anurie 965.
Lickint, F. s. Eskuchen, K.
Lie, H. P., Lepra und Tuberkulose 1464.
Liefschütz, J., Opsonogen 1040.
Lilienstein, Acne conglobata 1175.
— Dermatitis herpetiformis 956.
— Epidermolysis bullosa 1175.
— Kraurosis penis 1175.
— Lichen ruber verrucosus 956.
— Lupus erythematodes capitis et faciei 956.
— Peniskarzinom 956.
— Pseudoxanthoma elasticum 956.
— Recklinghausensche Krankheit 1175.
— Schamberg Disease? 956.
— Xeroderma pigmentosum 956.
— 957.
Linani u. Israelson, Leishmaniose 1203.
Linde, E. s. Bobowitsch.
Lindsay, J. W., Rice, E. C. u. Selinger, M. A., Knochenveränderungen bei kongenitaler Syphilis 1540.
Lininger, H. s. Groedel, F. M.
Linser, K., Thalliumalopezie 1501.
— 999.
Lion 1000.
Liota, G., Dermatitis Duhring 1154.
Lipp, Bromexanthem 1530.
*Lippert, H., Quellstäbchenbehandlung 1088.
Lippmann, Abortivbehandlung der männlichen Urethralgonorrhoe 1768.
— Behandlung des Ulcus cruris 1308.
Lipschütz, B., Parasitologie des Pemphigus vulgaris 1596.
*Litwak, L. J., Idiopathische Epididymitis 1085.
Lloyd, E. J., Endotheliom 1401.
Loehe, Melanokarzinom 1260.
— Nekrose der Kiefer nach Kalomel 1260.
— Psoriasis pustulosa 1260.
— Tuberculosis fungosa 1260.
Löhe, Lupus erythematodes 1564.
— H. u. Rosenfeld, H., Wismutsaum 1468.
Loeser, A., Milchsäuregärung überlebenden Gewebes 1016.
Loew, A. M. s. Jansen, W. H.
Loewe, S. u. Lange, F., Brunstablauf beim Nager 1785.

Digitized by Google

Loewe, S., Lange, F., Voss, H. E. u. Paas, E., Einfluß des Yohimbins auf die vaginalen Brunstäußerungen des Nagerweibchens 1785.
— — — — — — — — — — Yohimbintherapie 1020.
Löwenberg, W., Nauenberg, W. u. Noak, G., Leberfunktionsprüfungen 1722.
Löwenson s. Mgebrow.
Loewenstein, Peniskarzinom 1258.
— Rupia syphilitica 1258.
— G. s. Minami, S.
Lomholt, Neue Finsenlampe 1497.
— Wismutverteilung 1500.
Lommen, A., Sublimatinjektion 1090.
Long, G. M. de s. Berry.
Lorey, Kontrastfüllung der Bronchien 1036.
Lortat-Jacob u. Legrain, Antipyrinausschläge 1299.
— — — — Lupus pernio 1209.
— — — — Riehlsche Melanose 1208.
Loss, Syphilisbekämpfung in „Karatschay" 1205.
Lossen, H. s. Groedel, F. M.
Lotsch, F., Behandlung der Furunkulose 1662.
Lotte, Geschwulstartiges Angiom 1535.
— Zoster und Varizellen 1210.
— s. Louste.
*Lourier, A. u. Zwitkis, E., Thalliumaceticum-Behandlung parasitärer Erkrankungen 1518.
Louste, Dupuy-Dutemps u. Thibaut, Lupus des Augenlides 1536.
— Cahen, R. u. Vanbockstael, P., Gangrän infolge Wismutsalze 1299.
— — — — — — Hämorrhagien der Uterus- und Nasenschleimhaut nach Salvarsan 1535.
— — — — — — Phagedänische Geschwüre 1299.
— — — — — — Submentaldrüsen-Tuberkulose 1299.
— — — — — — Tuberkulöse Submentaldrüsenentzündung 1533.
— Cailliau, Cahen, R. u. Vanbockstael, P., Purpura simplex der unteren Extremitäten 1536.
— Ducourtioux u. Lotte, Gemischte Lepra 1210.
— Juster u. David, Sklerodermie-Behandlung 1298.
— Thibaut, Cahen, R. u. Vanbockstael, P., Prurigo im Gesicht 1210.
— — — — — — — Trockene Gangrän 1210.
Lovett, B. R., Salzlösungsprobe bei Scharlach 1073.
Lowenfish, F. Ph. s. Cannon.
Lubowski, H., Gelbe Augensalbe heilt Pruritus ani 1568.
*Lucke, Ekzembehandlung 1493.
— W., Spirobismol 1431.
Lucksch, F., Enzephalitis nach Vakzination 1697.
*Lüth, W., Cignolin 1387.
Lutz, G., Histologie der Kapillaraneurysmen der Haut 1599.
Lwoff, N. u. Plotkina, Esthiomène vulvae 1468.
Lyons, E. s. Gruhzit.

Maccari, Reaktion von Botelho 1092.
MacCormac, H., Folliculitis decalvans 1657.
— — — Lupus vulgaris disseminatus 962.
— — — Trichophytie des Kopfes 1264.
Machiarulo, O., Protozoische Zellparasiten in Krebsgeschwülsten 1669.
Mac Kenna, R. W., Hautkrankheiten 1270.
Mac Leod, J. M. H., Dermatomykose infolge Monilia 1657.
Maderna, C., Enzymreaktion bei Syphilis 1374.
Maeda, M. s. Moriyama, G.
Maerz, Behandlung des Ulcus cruris 1505.
Maggiulli, Nicollesche Vakzine 1095.
— G., Weicher Schanker 1153.
Magnus, E. s. Bernhardt, H.
Maignon, F. Anaphylaxieübertragung 1077.
Majocchi, Lupus erythematodes 1096.
Maisin, J., Experimentelles Karzinom 1159.
— — Desmedt, P. u. Jacqmin, L., Karbazol 1068.
Makai, E., Behandlung der Entzündungen durch Entzündungsprodukte 1273.
Mallinckrodt u. Kloevekorn, Strahlenwirkung auf Hautpilze 1497.
Malten, H., Pathologischer Hautreflex 1018.
Maltese, C., Lokale Eiterungen bei Prostatahypertrophie 1426.
Manchot 1063.
Manheimer 1497.
Manin, J. s. Levaditi.
Mannaberg, J., Syphilitisches Fieber 1722.
Mannheim, Gangrän des Skrotums und Penis 1771.
Mansbach, Spiritusdesinfektion der Kanülen 1570.
Manson-Bahr, Ph. u. Anderson, S. M., Granuloma venereum 1654.
Maranon, G., Prädiabetische Zustände 1009.
Marcel, J. E., Ozonothermie 1715.
— — — Luetische Sterilität 1750.
Marchionini, A., Schellackreaktion 968.
Marchisio, L., Akroerythrodermie 1096.
— — Phagedaena tertiaria 1373.
Marcozzi, Akridintherapie 1092.
— A., Akridinotherapie 1095.
Marcuse, K., Gasbrand nach Erysipel 1663.
— M., Die Ehe, 1402.

Digitized by Google

Mariantschik, L. P., Gummöse Nierenaffektion 1723.
Marinesco, G. u. Draganesco, St., Herpes Zoster 1278.
Marion, G., Harnblasenhals, angeborene Hypertrophie 1125.
— M., Urologische Diagnose 1426.
Markus, A. s. Blatt, P.
— L. s. Salkan.
Marquès, E., Epitheliomheilung durch die Methode von Bordier 1626.
Marras, A., Abortivbehandlung der Syphilis 1157.
Marselos, V., Heilungsproben der Gonorrhoe 1426.
Martenstein, Sensibilisierung gegen Röntgenstrahlen 1496.
— H. u. Granzon-Irrgang, D., Grenzstrahlentherapie 1620.
— — — Juon, M., Grenzstrahlentherapie 1621.
Martial, R., Geschlechtliche Erziehung 1787.
Martini, E., Therapeutische Malaria 1435.
Martmer, E. E., Varizella am Ort früherer Hautproben 1698.
Martos, G. Z., Infektionsversuche mit Milzbrandbazillen 1663.
Maruyama, K., Diätetische Ekzembehandlung 960.
Marx, E., Infektionsversuche mit tierischen Streptokokken 1543.
Maschkilleisson, Epithelioma adenoides cysticum 1467.
*— L. N. u. Per, M. J., Keratoma dissipatum naeviforme 1309.
— s. Agronik.
Masia, A., Arsenobenzol Pieroni 1153.
Massini, R., Erythema nodosum 1630.
Masuda, R., Calcinosis universalis 1472.
Matras, Naevus lymphangiomatosus 1361.
— Neurinom 1120.
— Tuberkulose der Analgegend 1328.
— Tuberöses Syphilid 1363.
— Ulcera tuberculosa 1328.
Matsumoto, S., Ikegami, Y. u. Takasaki, S., Framboësie und Syphilis 1429.
Matsunaga, T., Darmparasiten auf den Trukinseln 1430.
— — Juckende Hautkrankheit 1124.
— — Neotrepol bei Framboësie 1431.
— — Ostitis framboësica 1429.
Matthias, F., Rückgang der Syphilis 1719.
Matusovszky, A., Urotropin bei Harnverhaltung 1424.
Matzdorff, K., Blutbilder bei Gonorrhoe 1767.
Mayer, A., Striae gravidarum und ihre photochemische Bedeutung 1507.
— -List, R., Pigmentation nach Wärmeapplikation 1667.
Mayr, J. K., Haut- und Haarfarbe 1501.
McAuliffe, G. B., Ohrfurunkel 1065.
McCord, J. R., Autopsien syphilitischer Früchte 1724.
McIntosh, J. F. s. Kaufmann.
Medwedew s. Moreinis.
Meersseman, F. s. Jausion.
Meillère, Kontrolle der Antisyphilitika vom pharmakologischen Standpunkt 1762.
Meineri, A., Syphilis und Trauma 1156.
— P. A., Arthropathische Psoriasis 1094.
Meirowsky, Thorium X bei Sarkoid 1497.
*— E., Thorium X Degea bei Boeckschen Sarkoids 1239.
*— u. Leven, Keimplasmatheorie der Naevi 979.
*— — — L., Schlußwort 1395.
Meisel, Herpes gestationis 1466.
— H. u. Mikulaszek, E., Bazillen bei Rhinosklerom 1070.
Meisen, V., Injektionsbehandlung der Varizen 1628.
Melczer, N., Schlußwort zu den „Bemerkungen" des Prof. Wohlgemuth 1267.
Melik, W., Tuberculosis miliaris 1093.
Melun, Unangenehme Zufälle bei Gonakrin 1537.
Melzer, W. s. Winzer, H. Th.
Memmesheimer, A. M. u. Theissing, G., Achter Gehirnnerv, Bedeutung für Prognose der syphilitischen Erkrankungen 1655.
Mendaro s. Delbet, P.
Menschow, Psoriasis, behandelt mit Eigenblut 1661.
Merenlender, J., Melanoneurinoma cutis 1597.
Mériel, P., Nachsyphilitische Leukoplakie des Uterus 1660.
Merklen s. Gougerot.
— F. L. s. Zimmern.
Meschtschersky, Unerkannte Skabies 1694.
Messerle, N., Blutzucker und Adrenalinquaddel nach Quarzlampenbestrahlung 1575.
— — Umstimmung durch physikalische Therapie 1570.
Messnard, J., Typhus exanthematicus bei Meerschweinchen 1376.
*Mestschanski, J., Acne urticata polycythaemica 1350.
Meyenberg, E. C. A., Zeugungsregelung 1184.
Meyer, Biologische Strahlenwirkung 1495.
— Hautempfindlichkeit gegen Kantharidenpflaster nach Röntgenbestrahlung 1496.
— Tertiäre Lues 1000.
— 1001.
— Fr., Normomastixreaktion 1406.
— G., Varizella 1074.

Digitized by Google

Meyer, H., Grundprobleme der Strahlenwirkung 1686.
— J. s. Pinard, M.
— — u. Saidman, Woodsches Licht 1474.
— W. B., Sarkomatöse Hauttumoren 1670.
— — — u. Buschke, F., Chininfeste Lipasen nach Salvarsan 1433.
Mezei, K., Epilationsnadel 1107.
Mgebrow s. Landesmann.
— u. Goldenberg, Mycosis fungoides 1205.
— — Landa, Erythema nodosum syphiliticum 1203.
— — Löwenson, Gumma, Erythema induratum vortäuschend 1203.
— — — Kurpfuscherheilmethoden 1204.
— — Oretschkin, Exantheme nach Chinin und Bijochinol 1572.
Mibelli, A., Syphilis, zivilrechtliche Verantwortlichkeit 1505.
Michael, M. s. Buschke, A.
— 1260.
Michaelides, N. A., Antigene Fähigkeit der Galle bei der Wassermannschen Reaktion 1758.
Michon, L. s. Reynard, J.
v. Mienicke, M., Hautatrophie bei Pityriasis lichenoides 1092.
*Mierzecki, H., Gummöse Erkrankung der Parotis- und Submaxillardrüsen, Orchitis luetica sinistra 1740.
Miescher, Röntgenbiologie 1495.
— Röntgenbiologie der gesunden und kranken Haut 1687.
— G., Bösartige Melanome 1308.
— — Familiäre Keratose mit Blasenbildung 1662.
— — Ekzem 1093.
Mikulaszek, E. s. Meisel.
Milian, G., Arsenerythem 1464.
— — Biotropismus 1474.
— — Heirat der Syphilitiker 958, 959.
— — Keratitis interstitialis 1464.
— — Kubitalneuritis bei Roseola syphilitica 1207.
— — Leukoma transversale 959.
— — Lues hereditaria und Morbus Raynaud 959.
— — Lupus exanthematicus acutus 959.
— — Masern bei Luesbehandlung 959.
— — Pyodermitis vegetans 1207.
— — Serumkrankheit 1207.
— — Stomatitis nach Oleum cinereum 1690.
— — Treparsolerythem und Polyneuritis 959.
— — WR 1406.
— — Zoster und Varizella 1464.
— u. Brodier, Dermatologie 1926 1013.
— G. u. Brodier, L., Syphilis 1927 1098.
— — — Delarue, Duhringsche Krankheit 1207.
Milian u. Delarue, Duhringsche Krankheit 1210.
— — — Elephantiasis vulvae 1535.
— — — Gangrän-Bazillus 1299.
— — — J., Morphaea atrophica 1209.
— — — Schanker der Ohrmuschel 1535.
— — — J., Ulzeriertes Angiom 1006.
— — Lenormand, Erythem nach Veronal 1005.
— — — Erythrodermie nach Wismut 1004.
— — — Leukoplakie und melanotische Flecke der Mundschleimhaut 1535.
— — — Umfangreiches Epitheliom 1534.
— — — Vesikulös-ödematöse Erythrodermie 1535.
— G. u. Périn, L., Fibromyom auf Lupus 1207.
Miller, C. Ph., Immunität bei Staphylokokken- und Streptokokken-Infektion 1544.
Millis, E. R., Keratodermia blennorrhoica 1690.
Milmann u. Umanski, Dermatomyositis 1265.
Milojevic, B., Hautzeichnung bei Salamander 1213.
Minami, S. u. Loewenstein, G., Geschlechtskrankheiten in Japan 1787.
Minder, J., Glykoseinjektionen bei Gonorrhoe 1425.
Minsker, Prophylaktische Syphilistherapie 1468.
Mirakjantz, Syphilitische Infektion der Ammen 1465.
Mirkin s. Golossowker.
Mironesco, Th., Bronchialspirochätose 1277.
Mislawsky, N., Innervation der Prostata 1782.
Mitchell, J. H., Therapie der Dermatomykosen 1693.
— A. G. u. Fletcher, E. G., Studien über Varizella 1698.
Mitsuhashi, H., Plasmaobjektträger 1124.
Mittermaier, R., Experimentelle Untersuchungen zur Entzündungsbestrahlung 1623.
Mkrtitschjanz u. Chasanoff, Immuntherapie bei gonorrhoischen Komplikationen 1754.
Mkrtjitschantz s. Lewant.
Moeller, A., Calmettesche Schutzimpfung gegen Tuberkulose 1718.
Möller, H. U., Polyarthritis im Anschluß an Exenteratio oculi bei Conjunctivitis blennorrhoica 1768.
Moeller, P. s. Fibiger, G.
Mohrmann, B. H. U., Kieselessigsaure Tonerde 1279.
Molony, M., Deformitäten am Orificium vesicae 1690.

Digitized by Google

Moncorps, Resorption salbeninkorporierter Medikamente 1505.
Mondor, H. u. Urbain, A., Bindungsreaktion bei gonorrhoischen Gelenkprozessen 1158.
Monod, O. s. Regaud.
Montemartini, G., Pseudobotryomykose 1470.
Montgomery, H., Spinobasozelluläres Karzinom 1068.
Montlaur s. Hudelo.
Montpellier, J., Filariakrätze 1464.
— — u. Catanei, A., Zungenaffektion in Algier 1375.
— u. Colonieu, Zosteriformer Naevus acneiformis 1006.
Moog, O., Epidermis und Hautwasserabgabe 1013.
— — Hautfunktionsprüfungen 1565.
Moreinis u. Medwedew, Pemphigus vegetans 1465.
Mornard, P., Rhinoplastik 1689.
Moriyama, G., Statistik der Kinderekzeme 961.
— — Kokumoto, L. u. Maeda, M., Purpura vesicae 960.
Mornet s. Hudelo.
Moro, N., Colliculus seminalis im Zystoskop 1425.
— — Paraffin- und Stearinfremdkörper in männlichen Blasen 975.
Morosow, M., Zur Frage der Variolavakzine 1696.
Morrissey, M. J. u. Reynolds, H. S., Morvansche Krankheit 1689.
Mosenthal, Skoliose und Nierenpathologie 1425.
Most, A., Nekrotisierende Hautentzündungen 1632.
Moszkowicz, L., Behandlung der Krampfadern mit Zuckerinjektionen 1628.
Motornow u. Kalsada, Geschlechtsleben in Odessa 1205.
Mouls, J., Primäraffekt der Harnröhre 1157.
Mouradian, Intra-urethrale Behandlung mit Arsenobenzolverbindungen 1537.
Moutet s. Gougerot.
*Mühlpfordt, H., Bewertungseinschränkung der WR 946.
— — Steinbildung nach Reargoneinspritzung 1436.
— — Verätzung der Harnröhre durch Chlorzink 1423.
Müller, Eichel mit Ulzeration und Fistelbildung 1652.
— Epitheliom 1651.
— Lues congenita 1000.
— E., Behandlungserfolge der angeborenen Syphilis mit einer einzigen Kur 1761.
— — F., Myers u. Petersen, Choksymptome 1040.
Müller, E. F. u. Petersen, W. F., Physiol. Leukozytenschwankungen 1014.
*— H., Ektebineinreibung des Lupus vulgaris 1236.
— — Sporotrichose 1000.
— — 1000.
— J., Kitzelempfindung bei Erkrankungen innerer Organe 1664.
— O., Erfahrungen mit Transargan 1769.
— -Riehen, A., Harnröhrendivertikel beim Manne 1772.
Much, H., Homöopathie, kritische Gänge 1755.
Mulder, D., Syphilis und Metasyphilis 1723.
Mulzer, P., Malariabehandlung der resistenten Syphilis 1764.
— 1461, 1498, 1788.
— P. s. Hoffmann.
Mumford, P. B., Sudorimeter 1332.
— — — Xeroderma und Anormalitäten der Hautstruktur 1752.
Murray-Will, E., Sklerodermie und Syphilis 1262.
Musser, J. H., Behandlung akuter Infektionskrankheiten 1065.
Mutermilch, S., Delaville, M. u. Belin, J., Passieren des Wismuts 1130.
Myers, C. N. s. Müller.

Naegeli, O., Konstitutionslehre 1126.
Nägeli 1036.
Nägelsbach, E., Exotische Syphilis 1098.
— — Operation der Elephantiasis penis 1477.
Nagel, V., Intravenöse Injektion 1040.
Nageotte, J., Kollagenstudien 1016.
— — Struktur und Wachstum der Fibrillen 1507.
Nakagawa, K., Adiposcleronecrosis neonatorum 1473.
Nalbandow, Frühsyphilis und physikalische Behandlung 1766.
Napp s. Schreus.
Nardelli, L., Lichen planus der Schleimhaut 1470.
— — Ulcus molle 1154.
Nast, O., Therapie der Prostatitis 1782.
Nauenberg, W. s. Löwenberg, W.
Nefron, N. S. u. Pospeloff, W. A., Pathogenese des Lichen spinulosus 1594.
Negendank, Lichen planus 1653.
Nehrkorn, A., Dijozol 1019.
Neidhart, L., Sporotrichum 1375.
— — Strahlenempfindlichkeit pathogener Hautpilze 1071.
Nelson, M. O. u. Osterberg, A. E., Teersalbe 1400.
Nemetz, O., Intravenöse Injektion 1044.
Netherton, E. W., Tularämie mit Hauterscheinungen 1689.
Neufeld, N., Weibliche Gonorrhoe 1158.

Digitized by Google

Neumark, S. u. Krynski, A., Röntgenbestrahlung des Rückenmarkes bei Lichen planus 1305.
— — — — — — bei Lichen planus 1305.
*— — — Tschatschkowska, L., Blutzucker bei Lues 1587.
Nicaud, P., Primärer Ikterus 1100.
Nichols, H. J. 1576.
Nicolas, J., Favre, M. u. Dupasquier, D., Melanokarzinom bei Xeroderma pigmentosum 1659.
Nicolau, S. u. Banciu, A., Ulcus-molle-Vakzinebehandlung 1537.
— — s. Levaditi.
Nicole, J. E. s. Steel.
Nicolich, G., Diagnose und Therapie der eitrigen Nephritis 1542.
Niijima, Y., Nierentuberkulose 1123.
Nikolajew, N. M., Tuberkulinreaktion 1378.
Nisharadse, Gummöse Hepatitis 1722.
Nissel, W. s. Peiser, F.
Noah, G. s. Löwenberg, W.
Noeggerath, C., Frauen- und Kinderarzt bei Familiensyphilis 970.
Nogishi, H., Fixe Alkalien bei Hautkrankheiten 1472.
Noguès s. Durupt.
Nohira, A. s. Ishikawa.
Nothaes, Tuberculosis cutis verrucosa 1176.
Nothhaas, R., Salvarsanresistente Lues 1103.
Novaković, St., Ulcus oruris 1365.
Nowak, O., Chronex bei Ekzem 1105.
Nowicki, G. s. Straszynski.
Noyes, J. H., Blasensymptome bei Frauen 1691.
Nüssel, K., Dermotubin-Loewenstein bei Tuberkulose 1716.

Obermayer, M. E., Frauengonorrhoe und Vakzine 1769.
*— — s. Kiene.
Oberendorfer, Spontangangrän des Unterarmes 1629.
Ochsenius, K., Occlusio vulvae 1479.
O'Donovan, W. J., Exogene Dermatitis 1571.
— — — Radiodermatitis und Neuritis 1007.
Oechslin s. Laurent-Gérard.
Oehme, C. u. M. u. Wassermeyer, H., Mineralstoffwechsel 1015.
*Oelze, F. W., Wirkung kleiner gehäufter Salvarsandosen 1673.
v. Öttingen, W. F. s. Petersen, W. F.
Offergeld, H., Spermabiologie 1010.
von der Ohe, H., Zirkumoraldrüse der Katze 1508.
Okulow, A., $CaCl_2$ bei Hautkrankheiten 1040.
Oláh, D., Neuer Kunstgriff zur Katheterisierung 1541.
O'Leary, P. A., Behandlung der Neurosyphilis mit Malaria 1764.
— — — Malariabehandlung bei Nervensyphilis 1263.
— — — Unspezifische Behandlung von Hautkrankheiten 1181.
— — — s. Stokes, H.
Olessow, Ätiologie des Lupus erythematodes 1668.
Oliver, W. J., Onychoptosis 1401.
Olivier, H. R., Chronische Thalliumvergiftung 1571.
Ollendorff, H., Lupus erythematodes 1093.
Olmsted, H. C., Keratodermia congenitalis 1305.
Oltramare, H., Golay, J. u. Starobinsky, Acrodermatitis continua 1366.
Onderka, Aphthen an den kleinen Schamlippen 1653.
— Dekubitalgeschwür am Nabel 1652.
— Hämangiom der Kniekehle 1652.
— Holzspan in der Vagina 1652.
— Lues II 1653.
— Lysolverätzung 1652.
— Primäraffekt bei tripperkranker Frau 1653.
— Roseola annularis 1654.
— Wismutstomatitis 1652.
Oppenheim, Aktivmethode HR 1117.
— Bromexanthem 1529.
— Gumma durch Spirozid geheilt 1149.
— Gummata mit Elephantiasis der Unterschenkel 1149.
— Lupus erythematosus 1359.
— Mycosis fungoides 1361.
— Pityriasis lichenoides 1118.
— M., Praktikum der Haut- und Geschlechtskrankheiten 1565.
— Rezidiv während Behandlung 1362.
— Rupia syphilitica mit Spirozid behandelt 1150.
— Sarkokele syphilitica und Spirozid 1150.
— Spirozid bei Elephantiasis syphilitica 1119.
— Ulzeröse Syphilis 1362.
— Wangensklerose 1118.
— 1151, 1530.
— s. Rusch.
— s. Sußmann.
— M. u. Klaar, J., Beziehungen der Tuberkulose und Syphilis zur Acne conglobata 1596.
Oppenheimer, R., Erkrankungen des Harnapparates bei chemischen Arbeitern 973.
— — Gynäkomastie nach Prostatektomie 1478.
Oretschkin s. Mgebrow.
Orleanski, Syphilis der Luftwege und des Mittelohres 1722.
Ornstein, G. G. s. Cannon.
Orphanides, E., 12 Jahre antisyphilitischer Therapie 1427.

Digitized by Google

Ossoinig, K., Langerscher Impfstoff bei Tuberkulose 1075.
Ossipijantz, Jodkalium intravenös bei Syphilis 1466.
Osstrowski s. Epstein.
Osterberg, A. E. s. Nelson.
Ostwald, Acanthosis nigricans 1564.
Ottow, B., Farbfilterzystoskopie 1772.

Paas, E. s. Loewe, S.
Padberg, F. s. Hagen, F.
Pais, L., Serologie und Lepra 1471.
Pakheiser, Th., Quarzlichtbehandlung 1127.
— — Zur Paralysefrage 1098.
Paldrock, A. 1480.
Pallaske, G., Paratuberkulose 1377.
Palmer, E. R., Gangränöse Balanoposthitis 1268.
Panayotaton, A., Bilharzia der Blase 1690.
Pandy, K., Soziales zur Luesbehandlung 969.
v. Pannewitz, G., Indikationen der Röntgentherapie in der Chirurgie 1622.
Papamarku, P., Wirkung chemotherapeutischer Stoffe auf Spirochäten 1405.
Papp, G., Scharlachschutzimpfung nach Dick 1695.
Pappenheimer, Idiosynkrasie gegen Zink 1275.
Pariser, C., Keimdrüsenhormonebehandlung bei Urtikaria 1629.
— — Verjüngungskurven 1211.
Parkes Weber, F., Chronischer Pemphigus 1264.
— — — Erythema induratum und frostähnliche Befunde 961.
— — — — perstans 1264.
Partsch, F., Diagnostische und therapeutische Bemerkungen zur gonorrhoischen Gelenkentzündung 1768.
— gonorrhoische Infektion bei Versuchstieren 1436.
Paschkis, R., Blasenadenome 975.
— — Nomenklatur in der Urologie 1424.
— — Ulcus simplex der Blase 1772.
— — 1430.
Pasini, A., Superinfektion und Immunitätszeichen bei Syphilis 1505.
Pastowsky u. Titow, E., Testikelpräparat 1782.
Paul, N. u. Inglis, K., Epithelioma adenoides cysticum 1262.
Pauli, W. E., Durchlässigkeit der Haut für den langwelligen Teil des Spektrums 1276.
— — — u. Ivancevic, J., Absorptionsvermögen der Haut 1276.
Paulin, A. u. Desrochers, G., Durchlässigkeit der Meningen für Urotropin 1130.
Pautrier, L. M. u. Glasser, Tuberkulide im Gesicht 1330.
— — — — Diss, A., Dermatitis chronica, Nervenveränderung 1331.
— — — — — — — Hämosiderin 1658.
— — — — Lévy, G., Erythrozyanose der Malleolen 1331.
— — — Lévy, G. u. Sloimovici, Allgemeine Melanodermie 1329.
— — — Roederer, J. u. Lévy, G., Adenoma sebaceum 1329.
— — — u. Ullmo, A., Gummöse Ulzerationen der Leiste 1331.
— — — — — — — Papulo-nekrotisches Tuberkulid 1330.
— — — — Weill, A., Dermatitis chronica atrophicans 1330.
Pawlow, S., Einfluß des weichen Schankers auf den Verlauf der Syphilis 1466.
Pawlowsky, E. N. u. Stein, A. K., Giftwirkung von Paederus fuscipes 1275.
Pearge, L., Jodkalium bei Kaninchensyphilis 959.
Pechur s. Chalipski.
Pecker, A. s. Hubert.
— — — Jausion.
Peemöller, Fr. u. Dannmeyer, F., Lichtquellen, therapeutischer Wert 1574.
Péhu, Kongenitale Syphilis 1156.
Pehur u. Tscherkes, Acanthosis nigricans 1265.
Peiser, F. u. Nissel, W., Zuckergußleber bei Syphilis 1380.
Pelévine, A. u. Tschernogouboff, N., Trichophytie bei Familienangehörigen 1658.
Pellissier, L. s. Grenet.
Peltert, J. s. Philipp.
*Per, M. J. s. Maschkilleisson, L. N.
Percival, G. H. u. Stewart, C. P., Kalziumgehalt des Blutserums bei Hautkrankheiten 1007.
Périn, L., Behandlung der Hautepitheliome mit Thermokauter 1690.
— — s. Milian, G.
Perkel, Exanthem nach Stovarsolan 1265.
Perkins, R. s. Gruhzit.
Perlmann, S., Uretersteinnachweis 1423.
— — s. Kaïris, Z.
Pernet, J. s. Sézary, A.
Perrin, J., Ist der Tripper Allgemeinerkrankung? 1751.
— — Prostatitiden 962.
Perutz, Jodoformdermatitis 1529.
— Terpentindermatitis 1372.
*— A., Reizphänomen bei Erythema multiforme 1481.
— — Therapie refraktärer Luesfälle 1408.
— — s. Adlersberg.
Peters, Silkwormsterilette 1187.
Petersen, W. F. s. Müller.

Digitized by Google

Petersen, W. F. u. v. Öttingen, W. F., Veränderungen der Lymphe beim Hunde nach Quarzlichtbestrahlungen 1602.
Petot, Cl. s. Debré, M. R.
Petroff, A., Dermatitis herpetiformis 1466.
Petschnikoff, Vakzinetherapie bei Tripper 1121.
— u. Zelistschewa, Experimenteller Tripper 1121.
Peyre, E. s. Gougerot, H.
Pézard u. Caridroit, Geschlechtswechsel bei Hühnern 1477.
v. Pezold, H., Prostitution in Karlsruhe 1126.
Philipp, E., Gornick, P. u. Peltert, J., Luesdiagnose in der Gravidität 1128.
*Philippson, A., Neuere Krebsforschungen 1562.
— 1174, 1177, 1178.
Picado, C., Unspezifisches Vakzin.
Picard, E., Harnblasendivertikel 1424.
— H., Wert örtlicher Immunität bei Erysipel 1662.
Piccardi, Pränatale Prophylaxe der kongenitalen Syphilis 1156.
Pierangeli, Rohrzuckerlösung in Verbindung mit Silberpräparaten bei Gonorrhoe 1155.
Pierquin, J. s. Regaud.
Piévatcheritch, M. s. Gjorgjevitch.
Pillement s. Techoueyres, E.
Pilz, Melkerknoten 1149.
Pinard, M., Abortivbehandlung der Syphilis 1208.
— — u. Lafourcade, L., Zinksalvarsan 1207.
— — — Meyer, J., Parapsoriasis 1208.
Pincussen, L., Biologische Lichtwirkungen 1276.
Pineda, E. W., Verteilung der Erreger bei Lepra 1692.
Pinkus, F., Physiologie der Haut 1508.
— — Syphilisbehandlung 1654.
— Terminalmatrix des Nagels 1261.
Pirkner, E. H., Präventivverkehr 1187.
Planner, Ulzeröses Syphilid 1119.
— v., Herbert, Lymphogranulomatose 1503.
Platowski u. Tinker, Intermittierende Hämoptoe syphilitischen Ursprungs 1753.
Platz, O. s. Bernhardt, H.
Plehn, A., Chininresistenter Tropikastamm 1765.
— — Progressive Paralyse mit Malaria tropica behandelt 1765.
Ploss, Lichen planus annularis 1652.
Plotkina s. Lwoff.
Plotz, H., Infektion und Immunität durch Vakzine 1697.
Pockels, W., Masern bei Erwachsenen 1695.
Poehlmann, A., Blutgruppenuntersuchungen 1501.
— — Früh- oder Spätbehandlung der Lues 969.
— — Psoriasis und Blutgruppe 1660.
Pohl, K. O., Intrauterin erworbene Ophthalmoblennorrhoe 1768.
Poix, G., Impfung mit BCG gegen Tuberkulose 1718.
Polacek, Ezema verrucosum 1529.
— Lupus erythematodes 1529.
Poli-Garnier, Syphilisbehandlung Schwangerer 1407.
Politzer, G., Wirkung der Röntgenstrahlen auf Zellen 1604.
Polland, R., Isacen in der dermatologischen Praxis 1568.
— — Bisuspen 1131.
— — Uvalysat Bürger 972.
Polkey, H. J., Nierenbecken 1464.
Poll 1463.
Pollasson, E. u. Dechaume, M., Knochensyphilis am Unterkiefer 1720.
Pomuss, Lokale Immunisierung nach Besredka bei Pyodermien 1632.
Poplawsky, spontane Penisamputation 1468.
Popow, G., B. coli commune des weiblichen Geschlechtsapparates 1784.
Popoff, J., Bowensche Krankheit 1003.
— — Dariersche Krankheit 1003.
Popowa, M., Iontophorese bei Hautkrankheiten 1003.
Popper, Lichen planus et acuminatus 1532.
— M., Dermatoskopie des Höhensonnenerythems 1599.
— — u. Raileano, C., Intradermoreaktion mit Tuberkulosefiltrat bei Meerschweinchen 1717.
— — Slobosiano, H. u. Raileano, C., Intradermoreaktion mit Tuberkulosefiltrat 1717.
Porosz, M., Gonorrhoebehandlung 1692.
Portret, A. s. Valtis, J.
Porudominsky, Spezifizität der Gonokokkenvakzine 1754.
Posener, P., Gesetzgebung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 966.
Posner, C., Sterile Ehen 1786.
Pospeloff, W. A. s. Nefron, N. S.
Possen, Lumbalpunktion bei Lichen planus 1265.
Post, Elefantiasis und Lupus vulg. 999.
— Lues III und Ca. nasi 999.
Potel, G. u. Danhiez, P., Dystrophien bei fehlender Ausbildung des Kreuz- und Steißbeins 962.
Pozzo, A., Diagnostische Schwierigkeiten bei Lippen und Mundschleimhaut 1154.
Praetorius, H., Pathologischer Hautreflex 1018.

Digitized by Google

*Preiniger, Th., Ätiologie und Therapie des Pemphigus 1580.
*— — — Wasserstoffionenkonzentration im Blute bei Dermatosen 1679.
Pribram, P. O., Pathologisches Altern 1272.
Pride, W. T., Pyelitis in Schwangerschaft 1690.
Prieto, J. G., Lichen planus 1397.
— — — s. Covisa.
Prigge, R., Späterkrankungen des Kaninchens nach symptomloser Infektion 1726.
— — u. Rothermundt, M., Syphilisinfektion 1093.
Prokoptschuk, Syphilis der Aorta 1753.
— A. u. Tschuwalowa, M., Multiples idiopathisches hämorrhagisches Sarkom 1754.
Promptow, Behandlung des Anthrax 1305.
Puente, J. J., Haut der hypophysektomierten Kröte 1665.
Pulvermacher 1563.
Pust, Hühnerauge 1065.
Pugh, W. S., Nierenverkalkung 1007.

Quick, D., Behandlung des Zungenkrebses 1624.
Quimba, E. H., Erythemdosis bei Bestrahlung mit zwei Strahlenqualitäten 1625.

Rabeau s. Ravaut, P.
Rabinowitsch, Die verschiedenen Typen des Tuberkelbazillus 1716.
— J. S. u. Unikel, P. S., Erworbene Endgefäßerweiterungen 984.
Rabut s. Hudelo.
Rachmanow, Bedeutung des Tuberculum Carabelli für Diagnose der kongenitalen Syphilis 1754.
Radó, B., Schwefeltherapie bei gonorrhoischen Komplikationen 1542.
Raecke, Erfahrungen aus einer Eheberatungsstelle 1788.
Rafin, M., Soorpilz und Blasenstein 962.
*Rajka, E., Hautreaktionen bei Gonorrhoe 1138.
— — s. Lehner, E.
Raileano, C. s. Popper, M.
Raitz, M., Kommission zur Bekämpfung der Lues congenita 1012.
Ramel, E., Tuberkulose und Akne 1503.
— — Immunitätserscheinungen bei Blastomykose 1072.
Ramirez, M. A. u. George, A. V. St., Syphilis bei Bronchialasthma 1539.
Rasdolski, Syphilis des Nervensystems 1723.
Ravaut, P., Duval u. Rabeau, Einspritzungen Lugolscher Lösung bei Trichophytie 1658.
— — u. Vibert, J., Keratosis follicularis 1209.
Ravaut, P. u. Vibert, J., Lymphogranulomatosis inguinalis 1209.
— — Elektrokoagulation bei Psoriasis 1299.
— — Lues, Malaria, Amöbenruhr 1009.
— — Nervensyphilis 1404.
— — Celice, J. u. Vibert, J., Weicher Riesenschanker 1005.
— — u. Ducourtioux, Antigonokokkenserum bei Komplikationen 973.
— — — — Tripperrheumatismus 1473.
Raymond, M. Lacroix, A. u. Hadida, E., Glykämie und Dermatosen 958.
Reasoner, M. A. u. Gill, W. D., Seife bei Angina Vincentii 1672.
Rebaudi, Ulisse 1104.
Reenstierna, J., Madurafuß 1072.
Reenstjerna, J. L., 1480.
Regaud, Cl. u. Ferroux, R., Röntgenstrahlen, widersprechende Wirkung an Haut und Hoden 1624.
— — s. Ferroux, R.
— — Lacassagne, A., Roux-Berger, J. L., Coutard, H., Monod, O., Pierquin, J. u. Richard, G., Karzinom der Lippen und Zunge 1070.
Rein s. Keller.
Reis, V. van der s. Bernhardt, H.
Rejsek s. Burnier.
Remlinger, P. u. Bailly, J., Encephalitis herpetica, refraktäre Tiere 1630.
Rémont, A. u. Cola, Tuberkulöse Erscheinungen bei Lepra 1074.
Reschad, H., s. Hamdi.
Reschke, K., Behandlung der Verbrennungen nach Tschmarke 1631.
Retterer, E., Affenhoden auf den Menschen verpflanzt 1186.
— — Überpflanzter Affenhoden 1126.
Reuscher, R., Mumpsorchitis 976.
Révész, T. s. Silberstein, F.
Reynard, J. u. Michon, L., Tuberkulöses Blasengeschwür 962.
Reynolds, H. S. s. Morrissey, M. J.
Rice, E. C. s. Lindsay, J. W.
Richard, G. s. Regaud.
Richer, Chirurgie des Harnblasenmuskels 1426.
Richet fils, Ch., Tuberkelbazillus 1075.
*Richter, W., Erythema annulare centrifugum 1549.
— — Knochen- und Gelenkerkrankungen 1295.
— 1261, 1296.
Rieck, A., Ulcus rodens vulvae 1187.
Riecke, E. 1430.
Riehl jun., Elephantiasis penis 1152.
— — Pemphigus vegetans 1364.
— — Trichophytiefälle 1328.
— — Verbrennung 1368.
— — Verbrennungstod 1503.
— sen., Eigenartige Hauttuberkulose 1532.

Digitized by Google

Riehl, Tuberculosis fungosa cutis 1120.
Rigaud s. Chatellier.
Rille, J. H., Pellagra 1502.
— 1772.
Rink, H., Abderhaldensche Abbauvorgänge 1372.
Risak, Als Ösophagus verwendeter Hautschlauch 1530.
Ritter, Lepra 1174.
*— H., Malariabehandlung der Frühlues 1488.
— Mikrosporie 955.
— 957, 958, 1000, 1175, 1177, 1178, 1497.
Roblès, R., Pseudolepra 1699.
Rochet, Prostatektomie und Zystostomie 962.
Roederer, J., Herpes der Wange 1330.
— — Sklerodermie en bande 1331.
— — u. Diss, A., Rhabdomyom der Zunge 1329.
— — u. Sloimovici, A., Ulcus vulvae acutum 1330.
— — s. Pautrier, L. M.
Rohrbach 1179.
Rolando, S., Pathogenese der Nephritis haematurica 1751.
Rolleston, J. D., Akute Exantheme 1375.
Ronchese, F., Abszeß der Peniswurzel 1155.
Ronga, G., Schambergsche Krankheit 1095.
Rosahl, Saprovitan 1274.
Rosen, J. u. Krasnow. F., Blutzuckergehalt bei Syphilis 1475.
Rosenberg, M. s. Bernhardt, H.
Rosenberger, Pityriasis lichenoides chronica 958.
Rosenburg, A., Sterilisierung von Harnröhrenkathetern 1268.
Rosenblum, Ph. S., Hämaturie urethralen Ursprunges 1690.
Rosenfeld, H. s. Emanuel, G.
— — s. Löhe.
Rosentul u. Chlebnikoff, Exanthema subitum 1121.
Rossi, L. s. Urbain.
Rossiansky s. Silbermann.
Rossonowskij, Behandlung der Pustula maligna 1664.
Rost, Allergenfreie Kammer 1504.
— G. A. 1672.
Rothermundt, M. s. Prigge.
Rothman, St., Diabetische Hauterscheinungen 1066.
Rothmann, E. D., Zystitis bei Frauen 1008.
— H., Pharmakologische Untersuchungen am isolierten Ureter 1783.
— — Ureterkontraktionen 1187.
— 999.
Rotthaus, E., Cylotropin bei Enuresis 1781.
Rottmann, H. G., Lichen planus nach Dürkheimer Maxquelle 1372.
Rottmann s. Eichler.
Roux-Berger, J. L. s. Regaud.
Roxburgh, A. C., Diagnose der Trichophytie des Kopfes durch ultraviolettes Licht 1715.
— — — Trichophytiehaare, Fluoreszenz 1332.
Rube u. Hendricks, Gewerbliche Thalliumvergiftung 1570.
Rubio, H. H., Polyurie infolge Hypophysektomie bei Hunden 1770.
Rudnitzki, Venerologische Sektion 1212.
Rüdiger, E. H., Kahnsche, Meinicke-Flockungsprobe und Rüdiger-WR 1541.
Ruete, Ekzema seborrh. 999.
— Grenzstrahlen und Rachitis 1496.
— Grenzstrahlung 1001.
— Lupus erythematodes 999.
— Multiple Kankroide 999.
— Pemphigus vegetans 999.
— A. E., Pemphigus vegetans 1666.
— Pityriasis lichenoides 999.
— Urticaria pigmentosa chronica 999.
— 1000.
Rütz, A., Röntgentiefenbestrahlung und vegetatives Nervensystem 1624.
Ruge, H., Akute Leberatrophie, Beziehung zu Syphilis und Salvarsan 1599.
— — Einfluß fieberhafter Krankheiten auf Lues 1379.
— — Geschlechtskrankheiten in der Marine 1127.
— — Syphilisbehandlung Schwangerer 1407.
— — Syphilisrückgang und Salvarsan 1762.
Ruhmann, W., Segmentreflex von Haut zu Eingeweide 1542.
Rule, A. M. s. Schamberg, J. F.
Rulison, R. H., Rosazea und Begleitzustände 1660.
Rusch, Papulonekrotische Tuberkulide 1325.
— Toxikodermie 1325.
— Urticaria pigmentosa 1325.
Russ, S. u. Scott, G. M., Tumoren in röntgenbestrahltem Gewebe 1068.
Ruys, A. Ch., Rattenbißkrankheit 1699.

Saalfeld, E., Behandlung des Haarausfalles 1693.
— — Syphilisbehandlung 1131.
— — 1296.
— Ulrich, Druckfreie Verbände 1505.
Sabouraud, R., Streptococcides eczématiformes 1657.
— — Trichophytie bei Familienangehörigen 1658.
Sachs, Erfrierung 1361.
— J., Rekurrensiritis 1158.
— O., Natr.-salicyl.-Lösung bei Gonorrhoe 964.
— Spontankeloide 1359.

Digitized by Google

Sachs, Otto, 1280.
Sacquépée, E. u. Lesbre, Ph., Streptokokke und Dicksche Reaktion 1543.
— — — — u. Bouet, G., Streptokokkentoxine beim Pferde 1543.
Saelhof, C. C. u. Herrold, R. D., Tuberkel-Bazillenstämme 1377.
Saidman s. Meyer.
Saigraeff, Prinzipien der Tripperbehandlung 1121.
Sainz de Aja, E. A., Herpes nach Wismut 1396.
— — — — — Psoriasis und Erythrodermie 1396.
Sakrepa, Eigenblut in der Dermatologie und Venerologie 1567.
Saks, J. u. Iljin, Geschlechtskrankheiten in der Burjato-Mongolei 1755.
Saksin, J. s. Schischow.
Salkan u. Markus, L., Tumor caudae equinae, Tabes vortäuschend 1754.
Saloz, Ch. u. Frommel, E., Strabismus nach Impfung 1074.
Salzmann, G. s. Krom.
Samberger, F., Idiosynkrasie der Haut 963.
*Samek, J., Erythema multiforme 1409.
Sampoerno, Peniskarzinom und Beschneidung 974.
Samson, K., Liquor des kongenital-luetischen Kindes 1760.
Samsonow, Fremdkörper in der Harnröhre 1265.
— Toxizität des russischen Neosalvarsans 1466.
Sanarelli, G., Spirochäten und fusiforme Bazillen 1214.
Sanchis-Bayarri, V. s. Levaditi, C.
Sanderson, E. S. u. Smith, D. C., Wirkung des Gentianavioletts auf Blastomykose 1688.
Santalow, Zur Leprafrage 1699.
Saratzeano, Fl. Em., Mikrobazillus Unna-Sabouraud 1398.
Sargent, C., Granuloma inguinale 1435.
*Saudek, J., Ätherspray zur Förderung des Haarwuchses 1560.
Savatard, L., Ichthyosis und Hautkrebs 1657.
Savin, L. H. s. Snell.
Saynisch u. Goergen, Diphtherie der Harnröhre 1714.
Schaaf, F. s. Bloch, Br.
— H. s. Kaufmann.
Schabad s. Sobolewa.
Schacherl, M., Therapie der organischen Nervenkrankheiten 1507.
Schaeffer, H., Tabes und Malariabehandlung 1765.
Schaefer, W., Röntgenstrahlen bei bakteriellen Entzündungen 1623.
*Schallinger, G., Geschwulstähnliche Bildung der Elastika 1509.
— Tumorartige Veränderungen aus elastischem Gewebe 1504.
Schamberg, J. F. u. Rule, A. M., Heiße Bäder bei Kaninchensyphilis 1727.
— 1500.
Schapiro, B., Neuere Gesichtspunkte der Impotenz 1785.
— — s. Hirschfeld, M.
— — Sexuelle Potenz 1714.
Scharnke, Metaluesfrage 999.
— Spirochäteninjektion bei Tabes und Paralyse 1001.
Schaumann, J. u. Hedén, K., WR beim Lupus erythematosus 1301.
Scheele, K., Harnblase bei Anilinvergiftung 1267.
— — u. Stolze, M., Zystoskopie der Strangurie bei Anilinvergiftung 964.
Schein-Vogel, Venerische Krankheiten auf dem Lande 1480.
Schendel, Syphilisrückgang und Salvarsan 1761.
Scherber, Mycosis fungoides 1151.
— 1361.
Schestakowa, Prophylaxe der angeborenen Syphilis 1121.
Scheuer, O. F., Student und Studentin 1786.
Schiller, G. A., Therapie der Unterschenkelgeschwüre 1629.
Schinz, R., Richtlinien der Dosierung in der Röntgentherapie 1622.
Schirokauer, H. u. Zeltner, J., Zystitisbehandlung 1186.
Schirwindt u. Goldberg, S., Bordet-Gengousche Reaktion bei Gonorrhoe 1467.
Schischow, J. u. Saksin, J., Konstitutionelle Faktoren der gonorrhoischen Entzündung der Geschlechtsdrüsen 1423.
Schlagintweit, F., Maligne Blasengeschwülste 1691.
Schlapper, K., Tuberkulose-Schutzimpfung 1719.
Schlesinger, H., Therapie der Aortensyphilis 1761.
Schlüter, H., Argolaval bei Zystitis 997.
Schmidhuber, K. Fr., Zahnärztliche Röntgentherapie 1566.
Schmidt, A., Eindringen von Infektionserregern in die Lymphdrüsen 1543.
— E., 1132.
— P. W., Sachs-Georgi-Reaktion mit abgestuften Serummengen 1597.
Schmidt-Tannwald, W. J., Überzählige Milchdrüsen 1187.
*Schmidt-Labaume, F., Dermoelastometrie 1217.
— — — Exzessiver Fall von Hydroa vacciniforme 1597.

Digitized by Google

*Schmitt, W., Haut- und Tiefensensibilität 1412.
*Schnabl, E., Vulvitis aphthosa und Erythema nodosum 1281.
Schneid, B. s. Silberstein, F.
Schneider, E., Anaphylaxie und Röntgenstrahlen 1545.
— J., Kälteanästhesie 1662.
*Schoch, A., Lupussarkom 1736.
Schoen, R. s. Levaditi.
Schoenborn, S., Herpes und Enzephalitis 1278.
Schönfeld, W. u. Krey, H., Spirochäten im Liquor 1103.
Schönhof, S., Gonorrhoe akzessorischer Gänge 1370.
Schönholz, L. s. Schreuss.
Scholtz, W., Röntgenstrahlenwirkung auf Zellen 1604.
— — Wirkung der Röntgenstrahlen auf Zellen 1277.
Scholz, H., Tuberkulin in Diagnostik und Therapie 1716.
Schor s. Sobolewa.
Schott, A. s. Feldt, A.
Schottmüller, H., Gefahren der Malariabehandlung 1132.
Schrader, G., Gonorrhoische Infektion bei Versuchstieren 1766.
Schreus, Grenzstrahlen 1496.
— Qualitätsmessungen der Röntgenstrahlen 1497.
— H., Einfaches Suspensorium 1782.
*— — Th., Klimatische Bubonen 1315.
— u. Napp, Kurmaß und Liquorveränderungen 1499.
— H. Th. u. Schönholz, L., Toleranzdosen bei verschiedenen Strahlenhärten 1046.
Schroetter, H., v. Wirkung der Radiumemanation auf die Mikroben 1626.
Schrötter, L. s. Frank, M.
Schtamowa, Erythema annulare centrifugum squamosum 1753.
Schubert, Eczema chron. 999.
— Gewebeexplantationsmethode 1001.
— Gumma in Röntgenhaut 999.
— Lichen ruber striatus 999.
— Lupus vulgaris. Lupus vulgaris und Röntgenverbrennung 999.
— Purpura teleangiectodes 999.
— Sklerodermie 999.
*— E., Uvalysat in der Urologie 1294.
— F., 1132.
— M., Röntgenstrahlen und Explantation 1044.
Schück, F., Kationenwirkung bei der Entzündung 1547.
Schüle, A., Furunkelbehandlung durch Kauterisation 1568.
Schüppel, A., Urologische Röntgendiagnostik 1423.
Schürch, O., Curietherapie der Karzinome 1626.
Schulmann, E., Erythema nodosum 1281.
— — u. Kitchévatz, M., Schleimzellenepitheliom 959.
Schulte, G., Röntgentherapie der Arthritis gonorrhoica 1477.
Schumacher, K., Lebensdauer der Spirochäten 1498.
— Myosalvarsan 1500.
Schwab, E. H., Gonokokkenarthritis 972.
— S. J. u. Cady, L. D., Triparsamid bei der Nervensyphilis 1539.
Schwahn s. Boesmann.
Schwartz, L. L. u. Busman, G. J., Intravenöse Jodbehandlung 1539.
Schwarz, O. A., Seltener Fremdkörper der Harnblase 1424.
Schwarzmann, Cowperitis acuta 1002.
Scott, G. M. s. Russ.
Sebening, W., Bedeutung des Pankreas für die Urologie 1542.
Seckel, H., Sporadischer Skorbut 1306.
Segadlo, A. s. Silberstein, S.
Segall, J., Behandlung von Zystitiden 1781.
Segrè, G., Pityriasis lichenoides 1373.
Seibert, F. B., Welche Substanzen erzeugen Fieber 1274.
Selinger, M. A. s. Lindsay, J. W.
*Selisky, A. B., Granuloma annulare 1710.
Sellei, F., Brennendes Gefühl auf der Zunge 1672.
*— J., Seborrhoischer Haarausfall 1417.
Selter, P., Kinderlähmung 1068.
Semetz, Syphilitische Erkrankungen des Herzens 1721.
Semon, H. C., Dampfbrennerbehandlung 961.
— — — Krysolgan bei Lupus erythematosus 1656.
— — — G., Krysolgan bei Lupus erythematodes 1668.
Sénèque, J., Behandlung der Oberlippenfurunkel 1662.
Senin, Ekzembehandlung 1279.
Sergent, E. u. Benda, R., Tertiäre bronchiale Formen 1101.
Serper, Geschlechtskrankheiten auf dem Lande 1787.
Sézary, A. u. Barbé, A., Streptobazillen-Vakzin bei progressiver Paralyse 1764.
— — — — — Progressive Paralyse und Malaria 1298.
— — — Benoist, F., Erythrodermie nach Jod-Chinin-Wismut 1536.
— — — — — Wismutbehandlung bei Lupus erythematosus 1534.
— — — Leblanc, M., Thiämie bei Dermatosen uud Lues II 1005.
— Pasteur Vallery-Radot u. Benoist, Riehlsche Melanose 1003.

Digitized by Google

Sézary, A., Pernet, J. u. Galleraud, L., WR seropositive Schwankungen bei Spätsyphilis 1758.
— s. Jeanselme.
Shaffer, L. s. Stokes, H.
Sheard, C., Ultraviolettlicht 1042.
— Ch., Ultraviolette Strahlung 1277.
Shiga, A., Hutchinsonsche Zähne 1472.
Shimoda, T., Karzinomsarkom am geteerten Kaninchenohr 1430.
— — s. Domon.
Shimomura, S., Recklinghausensche Krankheit 1430.
Shoji, G., Inokulation von Tuberkelbazillen in Kaninchenhoden 1430.
— — Präzipitinreaktion 1429.
— — Resorption durch die Harnblase 1429.
— — Spezifische Kutireaktion 1123.
Sidlick, D. M., Granuloma inguinale 1401.
Siebert, W., Haut und Rheuma 1568.
Sielberg, Ulcus molle infundibuliforme 1265.
*Siemens, H. W., Bullöse Dermatitis durch Uferpflanzen 1577.
— — — Erblichkeitsproblem bei eineiigen Zwillingen 1014.
— — — u. Waardenburg, P. J., Tierfellnaevi bei einem Zwilling 1370.
*— Hermann Werner, Polemik Meirowskys und Levens 1394.
Siemerling, E., Nervensyphilis 1404.
Silajenkoff s. Chassin.
Silbermann, B. s. Gurewitsch, N.
— u. Rossiansky, Parapsoriasis 1121.
Silberstein, F., Freud, J. u. Révész, T., Insulin bei Karzinom 1334.
— — — — Révész, T. u. Schneid, B., Biologie des Karzinoms 1334.
— S. u. Segadlo, A., Unspezifische leistungssteigernde Therapie 1595.
Simon, A. s. Klövekorn, G. H.
— Cl. u. Bralez, J., Negative Serumbefunde bei papulösem Syphilid 1006.
— E., Kalksteinbildung in der Niere 1425.
— H., Arzneilose Behandlung der Pyelitis 1424.
— H., Hautatrophie 1369.
— St., Krebshaare 1670.
Simonnet, H. s. Brouha, L.
*Simsch, G. s. Stahl, R.
Sinani s. Feldmann.
Sirovicza, M., Ulcus simplex der Harnblase 1714.
Sissin, Gummöse Affektion der Gelenke 1204.
Skjar, N., Progressive Paralyse 1102.
*Slatmann, A. F., Pigmentation bei Amenorrhoe 1703.
Slauck, A., Jodidwirkung auf Eiweiß und Kochsalzspiegel 1272.
Slobosiano, H. s. Popper, M.
Sloimovici, A. s. Glasser, R.
— s. Pautrier, L. M.
— A. s. Roederer, J.
Smidt, H., Eitrige Entzündungen 1040.
Smith, A. B. u. Smith, S. M., Radium bei Krebs 1626.
— C. M., Kongenitale Syphilis 1364.
— D. C. s. Sanderson, E. S.
— J. F., Epidermolysis bullosa 1009.
— S. M. s. Smith, A. B.
Smitt, Alopezie infolge seborrhoischen Ekzems 1652.
— Epitheliom am linken Augenwinkel 1652.
— — — Nasenflügel 1652.
— — der Schläfe 1652.
— Exanthem durch Robichinal 1653.
— — nach Togal 1652.
— Herpes genitalis 1653.
— Lues III 1652, 1653.
— Maculae caeruleae 1654.
— Psoriasis plantaris syphilitica 1654.
— Pyotropin bei Lupus 1653.
— Veramonexanthem 1652.
— Verbrennung 2. Grades 1652.
Snell, N. W. u. Savin, L. H., Jodvergiftung 1041.
Soboleff, L., Urticaria perstans 1265.
Sobolew, Granuloma anulare 1466.
Sobolewa, Schabad u. Schor, Krebs weißer Mäuse 1068.
Sokolow, N., Behandlung der Pustula maligna 1664.
Sokownina, Verbrennung 1064.
Soloweitschik, S. s. Kaplansky.
Sommer, Kankroid der Gesichtshaut 1176.
— Lichen planus 1176.
Sonne, C., Ultraviolettes Spektrum 1276.
— — s. Hausmann, W.
Sonnenberg, E., Bismuthum subnitricum 1182.
*— — Magisterium Bismuti, prophylaktisch 1638.
Sonntag, Fibröse Geschwülste der Fingerstreckseiten 1307.
Soós, Z., Spülungen der Vagina mit Wasserstoffhyperoxyd 1784.
Sorinson s. Kritschewski.
Sorokin, A., Syphilisreinfektion 1122.
Soscia, E., Dujarric de la Rivière-Methode 1154.
Soutter, H. C., Dampfbrennerbehandlung 961.
Specht, K., Subunguales Melanoblastom 1671.
Spiethoff, B., Malaria und Saprovitan gegen Gonorrhoe 1476.
— — Parenterale Alkoholbehandlung 1464.
— — — Alkoholtherapie 1567.
Spitzer, E., Dermatitis artificialis 1152.
— Kraurosis praeputii 1531.
— Leucopathia congenita partialis 1531.

Digitized by Google

Spitzer, Paraffinkarzinom 1323.
— E., Pityriasis versicolor 1118.
— — Zunahme der Syphilis 1379.
— L., Salvarsanbehandlung und Metalues 1763.
Ssinjuschina, M. s. Lebedjewa, M.
Ssokolow, N. N., Krebsgeschwulstveränderung nach Durchtrennung der sensiblen Nerven 1333.
*Stahl, R. u. Simsch, G., Gesetzmäßigkeiten bei Erythem- und Pigmentbildung 1701.
Stappert, Quecksilber 1065.
Stark, Riesenschanker am Oberschenkel 1204.
Starobinsky, A. s. Oltramare, H.
Steel, J. P. u. Nicole, J. E., Malariatherapie bei Paralyse 1158.
Stein, Bromoderma tuberosum 1530.
— Hydroa vacciniforme 1503.
— Kosmetische Gesichtsspannung 1504.
— Riesenkomedonen 1151.
— Syringozystadenome 1151.
— Thalliumalopezie 1360.
— Tonsillektomie bei Erythema multiforme 1337.
— 1119, 1530.
— A., Behandlung des Lupus erythematodes 1668.
— — K. s. Pawlowsky, E. N.
— M., Resektion bei Prostatahypertrophie 1424.
Steinach, E., Biologisches gegen den Altersprozeß 976.
Steinberg u. Glauberson, Sarkomatosis 1069.
*— Bertha u. Glaubersohn, S. A., Sarcomatosis cutis 1349.
Steinen, R. von den, Spirozid bei kindlicher Lues 1763.
Steiner, A., Pigment bei der Hausmaus 1307.
— L., Juxta-articuläre Knoten 1100.
— M., Milch- und Sahne-Firnisse in der ärztlichen Kosmetik 1627.
Stéphanovitch, M. s. Gjorgjevitch.
Stern, A., Heilpulverbehandlung der weiblichen Gonorrhoe 1159.
— C., Bäckerekzem 1572.
*— — Buckysche Weichstrahlen 1242.
— — Entstehung des Bäckerekzems 1595.
— — WR und Wasserstoffionen-Konzentration 968.
— Fr., Schicksal ungenügend behandelter Fälle von kindlicher Lues 1726.
— G., Überempfindlichkeit gegen Kautschuk als Ursache von Urtikaria 1629.
*— u. Grevel, Epilation durch Thallium aceticum 1021.
Sternberg, H., Bauch- und Blasenspalte 1691.
— — Exstrophia vesicae 973.
Stewart, C. P, s. Percival, G. H.
Stites, J. R. s. Grant, O.
Stokes, H., O'Leary, P. A., Goeckermann, W. H., Shaffer, L. W. u. White, C. J., Klinische Syphilidologie 1602.
Stoloff, E. G., Tuberkulose-Infektion 1075.
Stolygvo, N., Salvarsan bei Milzbrand 1305.
Stolze, M. s. Scheele, K.
*Stolzenberg, H., Kindliche Vulvovaginitis 1155.
Stookey, P. F., Erste Zeichen der Syphilis bei Frauen 1540.
*Straszynski, A. u. Nowicki, G., Ichthyolinjektionen 1441.
— — Hautkrankheiten-Disposition 1182.
— — Reflektorische Vorgänge nach intrakutaner Reizung 1369.
Strauch, C. B., Chemische Reiztherapie 1566.
— — — Lokale chemische Reiztherapie 1566.
Strauss, H., Neosalvarsan bei Harninfektionen 1542.
Strempel, R. u. Armuzzi, G., Superinfektion bei Kaninchensyphilis 1469, 1726.
— s. Zurhelle.
Strokoff, F. J. s. Gottlieb.
Struve, Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 1459.
Stühmer 1499.
Stümpke, G., Konstitutionstypen in der Dermatologie 1501.
— — Mikrosporie 1072.
*— Thalliumröntgenepilation 1393.
— G. u. Feuerhake, E., Ätiologie der Darierschen Krankheit 1598.
— u. Soika, G., Biochemische Untersuchungen bei Hautkrankheiten 1019.
Sturm, Leukoderm im Gesicht 1653.
Suchowa, E., Neurolues 1102.
Sultzaberger, J. A. s. Gruhzit, O. M.
Surraco, A., Verlagerte Niere 1751.
Sussmann, Spirozid-Exanthem 1326.
Suzuki, S. s. Hashimoto, T.
Synghellakis, A., Gonakrineeinspritzungen 964.
Szenti. F., Milchbehandlung des Erysipels 1663.
*v. Szentkirályi, S., Thallium-aceticum-Epilation 1083.

Tachau, P., Ekzemüberempfindlichkeit 1632.
Takahashi, A., Harnblasenkrebs 1427.
— — Rezidiv einer Prostatahypertrophie nach Prostatektomie 1741.
— — Tuberkulöse Niere 1427.
Takasaki, S. s. Matsumoto.

Digitized by Google

Takenaka, S., Watanabe, S. u. Abe, M., Salvarsan 1123.
Tamari, L. s. Fränkel, E.
Tammann, H. u. Patrikalakis, M., Homoioplastische Transplantationen 1019.
Tamura, S. u. Jino, Y., Röntgenphotographische Untersuchung der Urethra 1430.
Tanimura, Ch., Impetigo herpetiformis 1369.
Tapelson, Krätze in Smolensk 1468.
Tarsis, Lungensyphilis 1122.
Tashiro, B., Röntgentherapie der Condylomata acuminata 1431.
— — Superinfektion eines kongenitalen Syphilitikers 1124.
Tausk, M. s. Laqueur.
Tay, Waren 1132.
Techoueyres, E. u. Pillement, Verschiedene serologische Methoden 1728.
Tehu, M. u. Ardisson, P., Akrodynie 1067.
Teleky, Chlorakne 1041.
Temesváry, N., Vergleichende Untersuchungen zur Gonorrhoediagnostik 1766.
Templeton, H. J., Schambergsche Krankheit 1688.
Tendick, F. H. s. Gruhzit, O. M.
Tenenbaum, J. L., Doppelte Niere 1465.
Teodorowitsch, Russische Literatur über Prostitution 1467.
Terris, E. s. Carnot.
Teutschländer, O., Karzinom, Heilbarkeit 1211.
Tezner, O., Liquoruntersuchungen bei kongenitalluetischen Kindern 1759.
Thedering, Röntgendosierung in der Hautpraxis 1621.
— F., Milzbestrahlung 1045.
Theissing, G. s. Memmesheimer, A. M.
Theodorescou, S., Mikrosporie 1207.
Thibaut, D., Hygienisten und Moralisten 1207.
— s. Louste.
*Thies, O., Schädigungen des Auges durch Licht 1021.
Thomson, J., Osteomyelitis bei kongenitaler Syphilis 1726.
— M. S., Persistierende erythematöse Eruption 1657.
Thornley, J. P., Syphilis und Trauma 1400.
Tinker s. Platowski.
Titow, E. s. Pastowsky.
Tobeitz, A., Therapie des Erysipels 1662.
Török, A. s. Lehner, E.
Toinon, Ch. s. Audibert.
Tolstoi, E., Purpura haemorrhagica 1603.
Tomanek, F., Gegenwärtige und zukünftige Radium- und Röntgenstrahlenbehandlung 1625.
Tomkinson, J. G., Zwillinge und Tylosis 1691.
Tommasi, Granulomatose durch Olivenöl 1091.
Toomey, J. A. u. Dolch, E. G., Scharlachbehandlung 1073.
— — — Fullerton, R. M. u. Kishman, M. E., Prophylaxe bei Scharlach 1673.
Toptschan, Soziale Faktoren bei Gonorrhoe 1212.
Tôyama, J., Lackdermatitis 959.
— — u. Hayashi, H., Lackdermatitis 1471.
— — — Usuba, T., Lackdermatitis 960.
Trojetzki, Seltene Fälle von Angioneurosis 1627.
Truffi, M., Prophylaxe venerischer Erkrankungen 1094.
Traut, E. F., Fisteln bei Lymphogranulomatosis 1378.
Trifu, N., Gonakrineinjektionen 1476.
*Tschatschkowska, L. s. Neumark, S.
Tscherkes s. Pehur.
Tschernogouboff, N. s. Pelévine, A.
Tschuwalowa, M. s. Prokoptschuk, A.
Tullis, W. L., Dermatitis exfoliativa 1661.
Tutkewitsch, L., Elektrolyten des Blutes aus entzündlichem Gewebe 1547.
— — M. s. Alpern, D. E.
Twiston, J. H, Thalliumazetat 1693.
Tzanck, A., Zufälle bei Behandlung mit Antisyphiliticis.

Uffenheimer, Erstexanthem der kindlichen Tuberkuloseinfektion 1699.
— A., Frühexanthem bei Tuberkulose 1075.
Uhlenhuth, P. u. Großmann, H., Zur latenten Infektion bei Kaninchensyphilis 967.
— — — Hermann, E., Spirochaeta pseudoicterogenes und icterogenes 1017.
Uhlmann 1497.
Ullmann, Acne necrotica 1118.
— Aphthen 1361.
— Erythrocyanosis crurum puellarum 1326.
— Hyperidrosis 1360.
— Lichen planus 1118.
— Naevokarzinom 1118.
— 1361, 1530.
Ullmo, A. s. Glasser, R.
— — s. Pautrier, L. M.
Ulrich u. Ewreisson, Syphilitischer Diabetes 1722.
Umanski s. Milman.
*Umansky, G. J., Lichen ruber erythematodes 1381.
Umeda, T. s. Ishikawa.
Unikel, Erythema multiforme haemorrhagicum 1204.
— Orientbeule 1204.
— u. Faingold, Porokeratosis 1204.
— P. S. s. Rabinowitsch, J. S.
Unna jr., P., Acrodermatitis atrophicans 957.

Digitized by Google

Unna jr., C., Isolierter Tripper akzessorischer Gänge 955.
— — Lichen planus hypertrophicus 956.
— — P., Lichenoides Tuberkulid 958.
— — — Triphal bei Lupus erythematodes 956.
— — — Zur Diagnose 958.
— — — 956, 1174, 1175, 1176, 1178.
— — G. 1430.
Urbach, Allergische Ekzeme 1150.
— Blepharochalasis 1326.
— E., Chemie der kranken Haut 1501.
— Desensibilisierung eines allergischen Ekzems 1531.
— 1363.
— s. Riehl jun.
Urbain, A. u. Rossi, L., Vakzination des Kaninchens gegen Milzbrand 1066.
— — s. Mondor.
Urban, F. s. Lehner, E.
Usami, S., Blasendivertikel und Struvitstein 975.

Valdiguié, A. s. Laurentier, Ch.
Valentová, O., Radikuläre Bestrahlung 963.
Vallery-Radaut, P., Carrié, P. A., Blamoutier, P. u. Laudat, M., Urtikaria und Chokphänomene 1629.
Valtis, J. u. Portret, A., Einfluß des Faktors Haut auf Tuberkulin-Kutisreaktion 1717.
Valverde, B., Verlängerte Inkubation des Primäraffektes 1751.
Vanbockstael, P. s. Louste.
Vatamanu, N., Bullöses Syphilid bei hereditär-luetischem Säugling 1715.
Verbitzki, Th. s. Kostitch.
Verriotis, T. u. Defrise, A., Polyp der Harnröhre 1425.
Veyrières, Krätzebehandlung 1072.
— Mangansalze 959.
— Salbe gegen Psoriasis 1207.
Vibert, J. s. Ravaut, P.
Vieu s. Audry, Ch.
Vigne, P., Trichophytie 1071.
— — u. Lauzun, A. W., Aktinomykose der Bauchwand 1300.
Villard s. Delord.
Visher, J. W., Bronchitis durch Spirochäten 1539.
Vitoux, G., Kampf gegen Syphilis in der Handelsmarine 1719.
Vittorio, A. di, Vakzinetherapie bei Ulcus molle 1374.
Voelcker, Gaswechselgrundumsatz bei Hauterkrankungen 955.
Voigt, J., Experimentelles Arbeiten mit kolloidem Silber 1569.
Vokoun, F. J., Leinöldermatitis 1572.
Volk, Lupus tumidus 1362.
— Miliarlupoid 1360.
Volk, Tuberkulinexanthem 1324.
— 1363.
*Vollmer, E., Keloid und maligne Syphilis 1233.
— H., Behandlung der Dermatosen des Kindesalters 1274.
— — s. Bruns.
Vonkennel, J., Malariabehandlung der Frühlues 1301.
— Meningeale Permeabilität während Malariabehandlung 1500.
Voscoboinie s. Barbilian.
Voss, H. E. s. Loewe, S.

Waardenburg, P. J., Zwillingseineiigkeitsdiagnose 1014.
Wada, H., Giftkäferdermatitis 961.
Wade, H. W. u. Lara, C. B., Behandlung der Lepra 1075.
Wagner, E., Triphal bei Lupus erythematodes 1307.
— -Jauregg, J. v. 1700.
— G. A., Diagnose der Eineiigkeit der Zwillinge 1542.
— — — Hermaphroditismus verus 1770.
— P. 1430.
— R., Fieberwirkung bei experimenteller Syphilis 1499.
— — u. Breinl, F., Fieber bei experimenteller Syphilis 1103, 1598.
Wahl, Pigmentsyphilid 1099.
Wail, S., Lokale Wirkung der ultravioletten Strahlen 1276.
Walinski, F., Normosal 1273.
Walker, G. F., Erythema nodosum 1332.
— J. E., Kahnsche Reaktion 1400.
Walter, F., Bowensche Krankheit 1463.
— — Impetigo herpetiformis 1473.
Walthard, B., Züchtung des Vakzinevirus 1696.
Walther, H. W. E., Gonorrhoe des weiblichen Genitalapparates 1714.
Warburg 1173.
Wardenburg, P. J. s. Siemens, H. W.
Warnecke, Neurose der weiblichen Brustwarze 1018.
Waschkewitsch, Gonokokken bei chronischer Gonorrhoe 1467.
Wassermeyer, H. s. Oehme, C.
Watanabe, K., Leishmaniosis cutanea 960.
— S., Histologie des Primäraffektes der Menschen und Kaninchen 1431.
— — s. Takenaka.
Watson, D., Gonorrhoe der Frau 1007.
— H. F., Flockungsprobe 1130.
Wauchope, G. M., Ultraviolettlicht bei ulzerösen Prozessen 1603.
Way, St. C., Gitterfasern bei Epitheliom 1475.
Weaver, J. C., Strikturen 1465.
Weber, F. P., Erythema induratum 1333.

Digitized by Google

Weber, F. P., Angioma serpiginosum 1656.
— A. s. Bernhardt, H.
Weichardt, W., Antivirus von Besredka 1544.
— — Spezifische und unspezifische Umstimmung 1567.
Weicker, B., Rhythmische Kontraktionen der Tunica dartos 1160.
Weidman, F. D., Epidermophytosis 1180.
— — — Hypercholesterolämie 1400.
Weill, A. s. Pautrier, L. M.
Weissbein, Bäderkalender 1272.
Weiser, M., Tierärztliche Röntgentherapie 1566.
Weiss, F., Kongenital-luetische Bindehaut-Infiltration 1725.
— P., Espundia in Peru 1664.
— S., Karzinom der Haut 1691.
Weissenberg, S., Frauenbiologie 1507.
— — Promiskuität in der Ukraine 1188.
— Geschlechtskrankheiten in Moskau 1013.
Weltmann 1151.
Wenelt, H. u. Weyrauch, F., Terpentinabszesse 1274.
Werboff, S., Zur Röntgendiagnostik der Blase 964.
Wertheim, Essentielle Teleangiektasien 1531.
— Hyperkeratose der Fingergelenke 1119.
— Sklerodermia diffusa 1326.
Werthein, Urticaria cum pigmentatione 1326.
Wesseling, M., Genitaltuberkulose 1044.
Westphalen, H., Arzneiexanthem als unspezifischer Heilfaktor 1567.
— Cornu cutaneum 1177.
— Granuloma annulare 958.
— Hyperkeratosis congenita 1177.
— Hyperkeratosen bei Elephantiasis 1177.
— Komedonennaevus 1177.
— Mycosis fungoides 1177.
— Myxödem 955.
— Strichförmige Sklerodermie 1177.
— 956, 957.
Weygandt, Behandlung der Paralyse 1765.
Weyrauch, F. s. Wendt, H.
White, C. J. s. Stokes, H.
— Ch. J., Pilzkrankheiten der Haut 1179.
— R. J., Lipom, Gynäkomastie vortäuschend 1067.
Wichmann, P., Superinfektion mit Tuberkelbazilleu 1502.
— 955, 956, 1177, 1178, 1463.
Widlocher, F., Nachkommenschaft der Paralytiker 1725.
Wieder, L. M., Lumbalpunktion 1406.
Wiedhopf, O., Tuberkulose der weiblichen Harnröhre 1424.
Wieland, E., Skorbutigene Wirkung bestrahlter Milch, 1603.
Wien, M. S. u. Cornbleet, F., Hauttuberkulose der Sporotrichosis gleichend 1752.
Wigand, R. s. Klewitz, F.
Wigley, J. E. M., Adenome dss Gaumens 1264.
Wikker, Gummöse Leberschwellung 1722.
Wile, U. J., Bromvergiftung 1567.
— — — Experimentelle Übertragung der Pityriasis rosea 1689.
Wilenczyk, A., Trichophyton tonsurans im hängenden Tropfen 1181.
Willemin s. Jeanselme.
Williams, Ch. M., Dermatophytosis 1180.
— J. T., Pyelitis in der Schwangerschaft 1465.
Wilmanns, K., Wandlung der Syphilis 1097.
Wilson, G. s. Winkelmann.
Winkel, M., Aussparphänomen bei Scharlach 1376.
Winkelmann, N. W. u. Wilson, G., Progressive Paralyse 1405.
— — — s. Klauder, J. V.
Wintz, H., Innersekretorische Drüsen und Röntgenstrahlen 1044.
— — Krebstherapie 1045.
— — Th. u. Melzer, W., Krebsproblem im Lichte geophysischer Strahlungswirkungen 1670.
Wirz, Fr., Aurophonbehandlung bei Lupus vulgaris 1715.
Wise, F., Wollhaarnaevus 1070.
Wisniewski, J., Endokrine Extrakte bei Lues congenita 1182.
Whitfield, D. W., Zirkumzisionsersatz bei Phimose 974.
Wohlgemuth, J., Fermente der Haut 1267.
Wohlwill, F., Syphilis des uropoetischen Systems 1101.
Wolf, J. E., Antikörper gegen Fettstoffe 1215.
Wolfsohn, E., Wege der Übertragung bei kongenitaler Syphilis 1727.
Wolfenstein, W., Doramadschädigung 1046.
Wolpert'as, S., Thalliumazetat bei Pilzerkrankungen 1694.
Woodbury, F. Th., Strahlentherapie 1042.
Worms, W., Experimontelle Syphilisforschung 1405.
— — Modenol 1408.
— — Modenol bei Kaninchensyphilis 1599.
— — s. Frank.
— 1499.
Worobjeff u. Ushanski, Erythema annulare centrifugum 1265.
Wottschall, B., Jodgehalt des Blutes nach Jodkali 1568.
Wucherpfennig, Dosierung mit der Sabouraud-Tablette 1497.

Digitized by Google

Wucherpfennig, V., Röntgenoberflächentherapie 1046.
Würz, Fieberbehandlung bei Paralyse 971.
Wulsten, J., Kasuistik der Harnröhrendivertikel 1771.
Wurnig, A., Ureterostium im Röntgenbild 1542.
Wyss, Ch. F., Perniziöse Anämie und Syphilis 1750.

Yokohata, T., Tuberkulose des Penis 1425.
Yokoyama, T. s. Kobayashi, Sh.
Yoshida, S. s. Fukai.

*Zakarias, L., Physiol 986.
Zeisler, E. P., Schanker des Nasenseptums 1380.
Zelistschewa s. Petschnikoff.
Zeltner, J. s. Schirokauer.
Zettnow, E. 1480.
Zieler, Pathogenese der Hautkrebse 1502.
— K. u. Hämel, J., Spezifität des Tuberkulins 1502.
Zieler, K. u. Hämel, J., Spezifität der Tuberkulinreaktion 1655.
— — 1430, 1498.
Zimmern, Recklinghausensche Krankheit 1177.
— A. u. Cottenot, P., Wurzelbestrahlung des Lichen planus 1304.
— Gougerot, Huet, L. u. Merklen. F. L., Erythromelie mit Leukoplakie 1293.
— s. Gougerot.
Zinn, W. u. Katz, G., Einwirkung von der Haut auf den tuberkulösen Organismus 1432.
Zinsser, Gelbe Salbe 1274.
Zondek, B. s. Buschke.
— S. G., Elektrolyte, Bedeutung für Physiologie, Pathologie und Therapie 1755.
Zumbusch 999.
Zurhelle, Kopfhalter 1470.
— u. Strempel, R., Leicheninfektion 1372.
— E. s. Hoffmann, E.
*Zweifel, C., Neurogen entstehende blasige Hauteruptionen 933.
*Zwitkis, E. s. Lourier, A.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
Medical Center Library

THIS BOOK IS DUE ON THE LAST DATE STAMPED BELOW

Books not returned on time are subject to a fine of 50c per volume after the third day overdue, increasing to $1.00 per volume after the sixth day. Books not in demand may be renewed if application is made before expiration of loan period.

JUN 12 1956

JUN 20 1956

JUN 29 1956

7 DAY
RETURNED
AUG 5 1959
AUG 5 1959

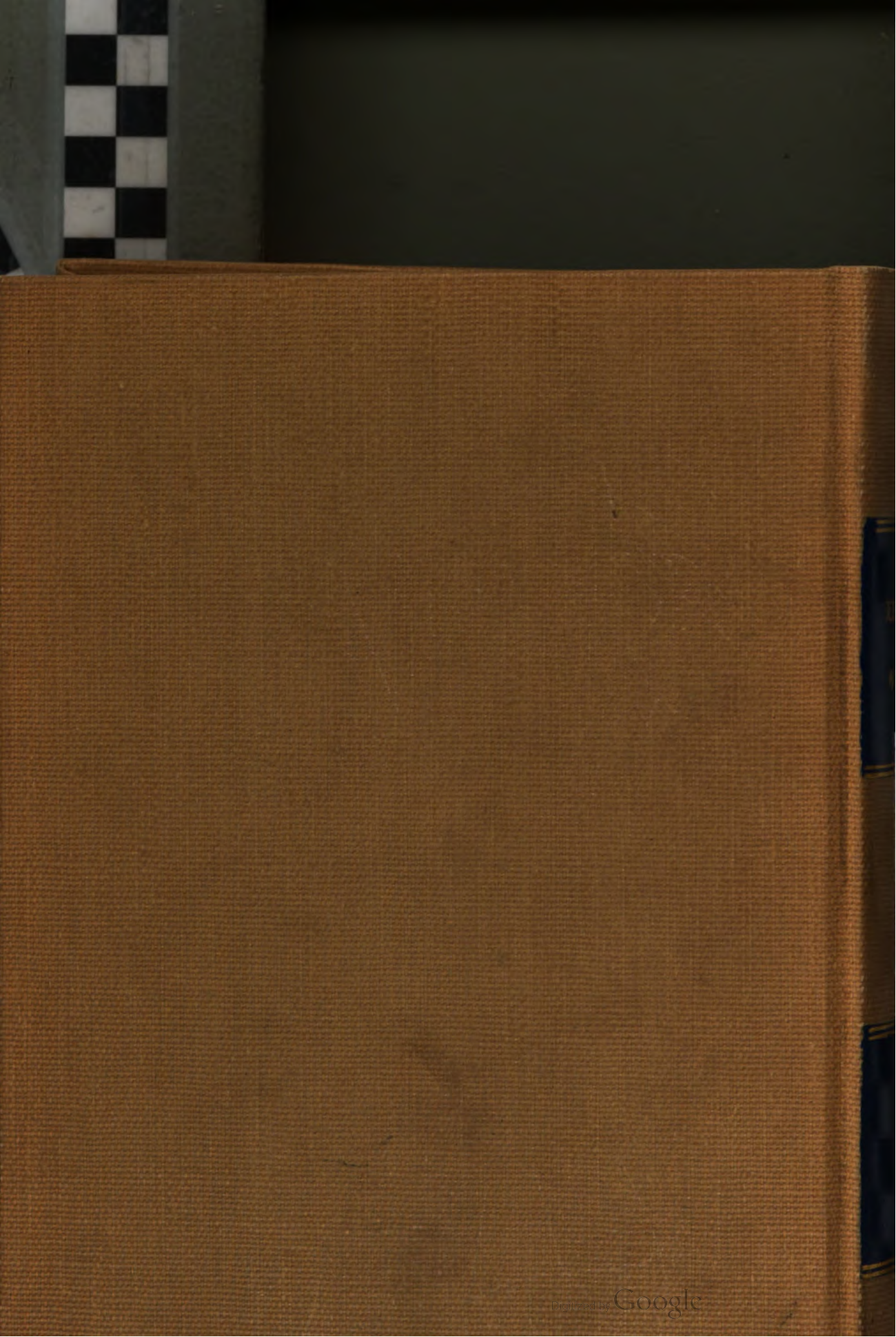
7 DAY
RETURNED
AUG 26 1966
AUG 22 1966

5m-3,'47(A2646s2)4128

Digitized by Google

W.85
1927
Dermetologische wochenschrift.
79989
79989

Digitized by Google


Digitized by Google